Aus der Nervenklinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen-Nürnberg
Direktor: Professor Dr. H. H. Wieck

Zyklothyme Depression und Suizidalität
Untersuchungen
an Patienten mit Erkrankungsbeginn
vor dem 40. Lebensjahr

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
dem Fachbereich Medizin
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt von
Gabriele Rosa Maria Straßer
aus Sinzing

1976 № 302

Aus der Nervenklinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen-Nürnberg
Direktor: Professor Dr. H. H. Wieck

Zyklothyme Depression und Suizidalität
Untersuchungen
an Patienten mit Erkrankungsbeginn
vor dem 40. Lebensjahr

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
dem Fachbereich Medizin
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt von
Gabriele Rosa Maria Straßer
aus Sinzing

Gedruckt mit Erlaubnis des Fachbereichs Medizin
der Universität Erlangen-Nürnberg

Dekan: Prof. Dr. E. Rügheimer
Referent: Priv.-Doz. Dr. F. Böcker
Korreferent: Prof. Dr. H.H. Wieck

Tag der mündlichen Prüfung: 12. Juli 1976

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Priv.Doz. Dr. F. Böcker für die Übertragung des Themas und die Beratung bei der Durchführung der Arbeit.
Herrn Prof. Dr. H.H. Wieck danke ich für die Erlaubnis, die Untersuchungen in der von ihm geleiteten Klinik vorzunehmen.
Durch Unterstützung in Fragen der Testpsychologie und der statistischen Auswertung leistete Herr Dipl.-Psych. S. Lehrl wertvolle Hilfe.
Zum Fortgang der Arbeit trug auch das Entgegenkommen der Herren Prof. Dr. F.W. Bronisch (Städt. Krankenanstalten Nürnberg), Dr. N. Hock (Nervenklinik St. Getreu in Bamberg) und Obermed.Dir. Dr. J. Hann (Bezirkskrankenhaus Erlangen) bei, die Patienten aus den von ihnen geleiteten Kliniken zur Untersuchung überließen.
Herrn cand. med. W. Weig danke ich für die ständige Zusammenarbeit während unserer Untersuchungen.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546228_0091

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
I. EINLEITUNG	1
II. MATERIAL UND METHODIK	5
III. ERGEBNISSE	9
A) Auszählung	9
1. Alters- und Geschlechtsverteilung	9
2. Soziologische Gruppierungen	10
3. Krankheit	11
a) Erbliche Belastung	11
b) Eigene Erkrankungen	12
c) Ersterkrankungsalter	12
d) Phasen	13
e) Behandlung	15
f) Beschwerden und klinische Symptomatik	16
g) Auslösung der Phasen	20
4. Tests	22
a) MWT-B	22
b) Befindlichkeitsskala	23
c) FPI	25
5. Suizidalität	27
a) Suizid in Familie und Umgebung	27
b) Eigene Suizidalität vor der Psychose	27
c) Suizidalität während der zyklothymen Depression	28
d) Alter beim Suizidversuch	30
e) Verarbeitung der Suizidgedanken	31
f) Rolle der Krankheit	31
g) Hinderungsgründe	32
h) Verhalten gegenüber Selbstmördern	34
i) Verhältnis zum Tod	34

Seite

B) Zusammenhänge 35

1. Daten 35

2. Biographie 37

3. Lebenssituation 40

4. Primärpersönlichkeit 44

5. Krankheit 49

6. Tests 60

7. Suizid 62

IV. DISKUSSION 64

V. ZUSAMMENFASSUNG 71

VI. LITERATURVERZEICHNIS 73

I. EINLEITUNG

In der Bundesrepublik Deutschland kommen pro Jahr 13 000 Menschen durch Suizid ums Leben, etwa 80 000 bis 100 000 unternehmen einen Selbstmordversuch. Dies entspricht 66 bis 70 suizidalen Akten auf 100 000 Einwohner (5). Daraus ergibt sich die Bedeutung der Nachbehandlung von Personen, denen ein Selbstmordversuch mißglückt ist, um nach Möglichkeit eine Wiederholung zu vermeiden. Noch wichtiger wäre eine Erfassung der Lebensmüden, bevor es zur Ausführung des verhängnisvollen Entschlusses gekommen ist, d. h. die Suizidprophylaxe. Hierzu ist es notwendig, potentiell gefährdete Personen nach Gruppen aufzugliedern und zu überwachen. Eine dieser Gruppen, die im Gegensatz zu den meisten anderen den Vorzug bietet, relativ leicht erfaßbar zu sein, besteht aus den Patienten, die an zyklothymer Depression leiden.

Der Anteil von Kranken mit endogenen Psychosen an den Suizidhandlungen der Gesamtbevölkerung liegt nach F. BÖCKER (5) bei etwa 10 %; der Prozentsatz ist im Falle der Selbstmorde deutlich höher als bei Selbstmordversuchen (21). Nach anderen Autoren betragen die Anteile 30 % und 15 % (2, 21). In mehr als der Hälfte dieser Fälle lautete die Diagnose auf Zyklothymie. Auch W. PÖLDINGER führt sie in seiner Risikoliste zur Abschätzung der Suizidalität an (28). Von 7 000 Personen, die sich an die ärztliche Lebensmüdenbetreuung in Westberlin wandten, waren nach K. THOMAS (40) 10 % endogen Depressive, während E. LUNGERSHAUSEN (20) bei Studenten, die durch Suizid starben, sogar 24 % depressive Psychosen feststellte. Hingewiesen wird auch auf die Ernsthaftigkeit des Sterbenwollens, die sich im hohen Anteil sog. harter Methoden und der Rezidive ausdrückt.

Schon E. KRAEPELIN (15) (1890) weist auf diese große Gefahr

in melancholischen Zuständen des manisch-depressiven Irreseins hin, in denen sich einzelne lebensbedrohende Krankheitserscheinungen entwickeln, obwohl das Leiden, welches die Geistesstörung erzeugt, als solches nicht tödlich ist. Zu diesen Erscheinungen rechnet er in erster Linie die Neigung zum Selbstmord, wie sie sich häufig an traurige Wahnideen oder Stimmungen anschließt. Nach seiner Ansicht stellen die durch krankhaften Affekt übertriebenen Sorgen, Befürchtungen und Unwertgedanken die zumeist objektiv unzureichenden Motive dar. Auch E. BLEULER (3) beschreibt eindringlich den Selbstmordtrieb der Melancholiker, die ohne Bewachung zugrunde gehen würden. Nach O. BUMKE (7) bildet der frevelhafte Leichtsinn der Patienten in der Manie nachträglich hinreichend Stoff für trübe Auffassungen, wodurch die Stimmung zu Lebensüberdruß und Selbstmord führt. H. W. GRUHLE (12) wirft die Frage auf, ob die Psychose Ursache oder Motiv des Suizids ist. Er sieht in der Melancholie eine Reihe von Motiven für den Selbstmord, z. B. die Freudlosigkeit, die Wertlosigkeit des eigenen Lebens, die Verfehlungen, das Schuldgefühl, Zustände, denen der Tod vorzuziehen ist. Auch E. STENGEL (39) glaubt, daß das Bestehen der psychischen Störung allein den Selbstmord nicht erklärt. Dieser ist nach seiner Ansicht aus den Symptomen, z. B. dem Gemütszustand und dem Gedankeninhalt ableitbar. E. LUNGERSHAUSEN (21) bezeichnet den Suizid als symptomatisch für die endogene Depression. H. J. WEITBRECHT (43) sieht den Freitod der Zyklothymen als Selbstgericht, Ausweg oder Flucht. Er findet es, ebenso wie H. H. WIECK (47), einleuchtend, daß für den Kranken der Suizid oft der letzte Ausweg vor noch schwerer zu Ertragendem zu sein scheint. E. RINGEL (30) stellt die Besonderheit des psychotischen Suizids heraus. Nach seiner Meinung ist die endogene Depression schlechthin identisch mit dem präsuizidalen Syndrom (32), bestehend aus der Einengung der persönlichen

Möglichkeiten, der dynamischen und affektiven Einengung, aus der Hemmung auch der Aggression und der Flucht in die Irrationalität. Angesichts dieser Faktoren bezeichnet E. RINGEL die Erkennung und fachgemäße Behandlung der Melancholie als die primäre Aufgabe einer wirksamen Selbstmordprophylaxe.

Von fast allen Autoren, besonders den älteren, wird deshalb eine stationäre Behandlung und Überwachung der Patienten mit Zyklothymie gefordert. O. BUMKE (7) hält es für einen Kunstfehler, dies zu unterlassen, und E. KRAEPELIN (15) glaubt, daß dadurch 90 % oder sogar noch mehr der sonst wahrscheinlichen Selbstmorde verhindert werden. Aber auch P. KIELHOLZ (13) warnt davor, die Suizidgefährdung als entscheidenden Indikator für die Notwendigkeit einer klinischen Behandlung zu unterschätzen; andere sprechen von einem erhöhten Risiko durch ambulante Behandlung (E. LUNGERSHAUSEN (21), W. PÖLDINGER (28), E. RINGEL (31)).

Aber abgesehen davon, daß eine stationäre Aufnahme aller an endogener Depression Erkrankter für viele Patienten eine große Belastung wäre, ist sie auch technisch nicht durchführbar. Es ist also nötig, eine gewisse Auswahl zu treffen; denn die meisten Kranken haben zwar Selbstmordgedanken, jedoch nicht alle führen diese auch aus. J. GREGER (11) berichtet, daß von seinem Patientengut 39 % im Beobachtungszeitraum Selbstmordversuche unternommen und 10 % sich suizidiert hätten. Auf eine ähnliche Anzahl von Todesfällen kamen auch E.RINGEL (31) und M. KINKELIN (14). W. PÖLDINGER (28) stellte zehn Jahre nach der Klinikaufnahme 6 % Suizidtote fest.

Da andererseits fast jeder der an Zyklothymie Leidenden sich den Tod wünscht oder an Selbstmord denkt, muß es noch andere Kriterien geben, die die Ausführung fördern oder

verhindern. W. DE BOOR (6) bemängelt, daß man sich beim Suizid eines an endogener Depression Erkrankten mit der Feststellung einer Psychose begnügt, damit die Ursache für den Selbstmord erkannt hat und den Motiven eine sekundäre Rolle zubilligt. Eine individuelle Suizidbereitschaft selbst in der Psychose, die nicht allein von der Schwere der Deprssion abhängt, wird von E. STENGEL (39) postuliert. Er führt dabei die Untersuchungen von H. WALTON (41) an, der feststellte: Melancholiker, die aus einer zerbrochenen Familie stammen, neigen mehr zum Selbstmord als Kranke ohne derartige Vorgeschichte. E. LUNGERSHAUSEN (21) erwägt einen Einfluß der Primärpersönlichkeit, der Biographie und der Lebenssituation.

Bisher wurden keine umfassenden Untersuchungen über die Bedingungen der Suizidalität bei zyklothymer Depression angestellt. Da jedoch Erkenntnisse über die o. a. Zusammenhänge für die Kranken von großer Wichtigkeit sind, soll in dieser Arbeit ermittelt werden, welche Faktoren für die Ausführung oder Unterlassung des Selbstmordes bei endogener Depression von Bedeutung sein können.

II. MATERIAL UND METHODIK

In die Untersuchung einbezogen wurden die Patienten, wenn sie die beiden folgenden Kriterien erfüllten:

1. Die Diagnose "Zyklothyme Depression" mußte eindeutig sein. Um dies sicherzustellen, erfolgte die Auswahl der Patienten anhand des Krankenblattes nach Rücksprache mit dem Stationsarzt und nach der eigenen Beurteilung im Gespräch mit dem Kranken.
2. Das Alter der Probanden beim ersten Auftreten der Psychose durfte nicht über 40 Jahre liegen. Diese Bedingung wurde zur Abgrenzung gegenüber der Dissertation von W. WEIG (42) eingeführt, da eine Änderung des Suizidverhaltens bei Kranken mit endogener Depression vor allem im mittleren und auch höheren Lebensalter zu erwarten war (5, 11).

Zur Untersuchung wurden fünfzig Probanden herangezogen, vorwiegend Patienten der Universitätsnervenklinik Erlangen. Erfaßt sind alle, die zwischen dem 7. Mai 1974 und dem 14. März 1975 aufgenommen wurden und sich zur Exploration zur Verfügung stellten. Um die angestrebte Anzahl in dieser Zeit zu erreichen, wurden in das Krankengut noch acht Patienten der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg, vier des Nervenkrankenhauses St. Getreu in Bamberg und eine Patientin des Bezirkskrankenhauses Erlangen einbezogen.

Durch eine Voruntersuchung zusammen mit W. WEIG an zehn Probanden sollte das beste Vorgehen ermittelt werden. Dabei ergab sich, daß zur vergleichbaren Erfassung der Biographie, der Primärpersönlichkeit, der Lebenssituation, der Krankheit und der Suizidalität ein standardisiertes, aber frei geführtes Gespräch am geeignetsten ist. Folgende Punkte waren im Explorationsschema enthalten:

I. Angaben des Patienten
   1. Daten
   2. Familien- und Eigenanamnese
   3. Biographie (Elternhaus, Kindheit, Schulzeit, Pubertät, Beruf, Familie)
   4. Interessen, Wertrelevanzen
   5. Krankheit
   6. Suizidalität

II. Ergänzende Angaben (Krankenblatt, Stationsarzt, Familienangehörige).

Nach der Unterhaltung mit dem Kranken wurde ein subjektiver Befund erstellt, der den äußeren Eindruck sowie die intellektuelle und affektive Seite der Persönlichkeit berücksichtigte.

Zur Objektivierung der eigenen Ergebnisse sollten einige im Anschluß an die Exploration ausgefüllte Fragebogen dienen. Diese sind wie folgt zu charakterisieren:

1. Der in Erlangen entwickelte MWT-B erfaßt über einen Wortschatztest das allgemeine Intelligenzniveau und wird von seelisch-geistigen Störungen verhältnismäßig wenig beeinflußt (22).
2. Der v. Zerssen-Fragebogen mißt die momentane subjektive Befindlichkeit und gilt als besonders geeignet für manisch-depressiv Erkrankte (D. VON ZERSSEN (49)).
3. Zur Einordnung der Primärpersönlichkeit dient die Kurzform des in Freiburg entwickelten FPI, das im Gegensatz zu dem aus den USA stammenden MPI für die hier betroffene Gruppe von Patienten verständliche Aussagen enthält (10).

Die Auswertung des Untersuchungsgutes erfolgte nach einem zusammen mit W.WEIG ausgearbeiteten Schema, um einen direktenVergleich der Ergebnisse zu ermöglichen. Dabei wurden

alle verwendbaren Einzelheiten der Explorationen und Befunde ausgezählt und mit dem jeweiligen Grad der Suizidalität in Zusammenhang gebracht.

Zur Prüfung der Signifikanz unserer Ergebnisse diente das Testverfahren nach Fisher (L. SACHS (35)). Die dabei errechneten Korrelationskoeffizienten r wurden mit statistisch vorgegebenen Werten für bestimmte Vertrauensbereiche verglichen (Tab. 1).

Tab. 1: Zusammenhang zwischen Vertrauensbereich und statistischem Vergleichswert r

Vertrauensbereich	80 %	90 %	95 %	99 %
stat. Vergleichswert r	0,19	0,24	0,28	0,38

Zur Korrelation der Suizidalität mit den explorierten Faktoren wird diese dreifach abgestuft in "keine", "Gedanken" und "Selbstmordversuch".

Eine vereinfachte Überprüfungsmethode, der sog. Vierfelder-χ^2-Test, gestattet, die Einflüsse der verschiedenen Faktoren auf die zweifach abgestufte Selbstmordtendenz zu beurteilen. In den hier häufig vorliegenden Fällen kleiner Patientenzahlen muß der exakte Test von Fisher (35) angewandt werden. Man berechnet die statistische Wahrscheinlichkeit P dafür, daß eine Einteilung von Patientenzahlen auftritt, wie sie durch die Untersuchung ermittelt wurde. Es muß unterschieden werden zwischen ein- und zweiseitigem Test: für den einseitigen Test ist das Vorhandensein einer begründeten Hypothese nötig, z. B. der Einfluß der Angstgefühle auf die Suizidalität. In diesem Fall wird für die Berechnung des Vertrauensbereiches (s. u.) der Wert $P_1 = P$ verwendet. Fehlt eine Vorhypothese, so

muß $P_2 = 2\ P_1 = 2\ P$ eingesetzt werden. Der Vertrauensbereich, d. h. die Wahrscheinlichkeit dafür, daß ein Zusammenhang zwischen den Variablen besteht, ist dann $1 - P_{1,2}$. P_1 bzw. P_2 sind die Irrtumswahrscheinlichkeiten für ein- bzw. zweiseitigen Test.

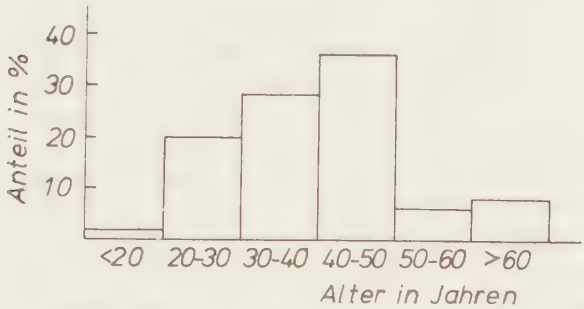
III. ERGEBNISSE

A) Auszählung

1. Alters- und Geschlechtsverteilung

Das Durchschnittsalter der untersuchten Patienten betrug 39,8 Jahre. Jünger als 20 Jahre waren 2 %, zwischen 20 und 29 Jahren 20 %, zwischen 30 und 39 Jahren 28 %, zwischen 40 und 49 Jahren 36 %, zwischen 50 und 59 Jahren 6 % und älter als 60 Jahre 8 % der Probanden. Da das Ersterkrankungsalter höchsten 40 Jahre betragen durfte, konnten kurze und längere Verläufe beobachtet werden.

Abb. 1: Altersverteilung der Patienten zum Zeitpunkt der Untersuchung



Die größere Anzahl der stationär aufgenommenen Zyklothymen, die älter als 50 Jahre sind, hat also die erste Phase nicht vor dem 40. Lebensjahr (W. WEIG (42)).

Unser Untersuchungsgut setzte sich aus 86 % Frauen und 14 % Männern zusammen; das entspricht einem Verhältnis von etwa 6 : 1. Dieser Wert stimmt zwar in der Tendenz mit der früherer Arbeiten überein, er liegt aber im Vergleich zu anderen Auffassungen zu hoch (zwischen 3,5 : 1 und 2 : 1; J. KROME (16), H. LENZ (18), H. H. WIECK (47),

F. BÜCKER (5), E. KRAEPELIN (15), E. RÜDIN (34), A. ORELLI (25), P. NISKANEN (24)). Das hier ermittelte Verhältnis wird verfälscht durch die Auswahl der Patienten, die nicht in der Universitätsnervenklinik Erlangen behandelt wurden. Berücksichtigt man nur die in dieser Klinik stationär Aufgenommenen, so ergibt sich eine Morbidität von Frauen zu Männern wie 5,2 : 1. Zudem weigerten sich die männlichen Patienten häufiger als die weiblichen, an der Exploration teilzunehmen. Da auch das Erkrankungsalter der Männer höher zu liegen scheint (23), nähert sich das hier gefundene Verhältnis an die in der Literatur erwähnten Werte an.

2. Soziologische Gruppierungen

Die Einteilung in soziologische Gruppen geschah aufgrund des erlernten und des ausgeübten Berufes. Zu Beginn ihrer Berufstätigkeit gehörten 46 % der Explorierten der soziologischen Unterschicht (kleine Landwirte, Arbeiter), 48 % der Mittelschicht (Handwerker, Angestellte, Beamte) und nur 6 % der oberen Mittelschicht (leitende Angestellte, höhere Beamte, Akademiker) an. Zum Zeitpunkt der Untersuchung hatte sich der soziale Stand gegenüber den früheren Werten verändert. Jetzt gehörten 36 % der Unterschicht, 48 % der Mittelschicht und 16 % der oberen Mittelschicht an. Da inzwischen über die Hälfte der Frauen nicht mehr berufstätig war, wurde zu ihrer soziologischen Einordnung der Status des Ehemannes herangezogen. Die Zugehörigkeit der Probanden vorwiegend zur unteren und mittleren Schicht deckt sich mit den Ergebnissen von J. KROME (16) und U. PAULY (26). Dagegen sind O. H. ARNOLD (1), H. BÜRGER-PRINZ (8) und P. MATUSSEK (23) der Meinung, daß zyklothyme Patienten überdurchschnittlich häufig den mittleren und höheren sozialen Klassen angehören. Die Differenzen erklären sich aus der unterschiedlichen Auswahl des Krankengutes.

8 % der hier Untersuchten sind im Laufe ihres Lebens im sozialen Status abgestiegen, 28 % aufgestiegen. Bei 64 % war keine deutliche Änderung zu vermerken. Dieses Ergebnis zeigt, daß auch bei den meisten jüngeren Zyklothymen die Krankheit keinen negativen Einfluß auf das berufliche Fortkommen und die soziale Stellung hat.

Alle anderen erfragten Daten der Biographie, der Lebenssituation und der primären Persönlichkeitsstruktur finden wegen Mangel an Vergleichsmöglichkeiten nicht hier, sondern erst im Zusammenhang mit der Suizidalität Erwähnung.

3. Krankheit

a) Erbliche Belastung

Obwohl das Problem des Erbganges noch nicht gelöst ist, steht doch fest, daß bei Zyklothymie in der Familie die Erkrankungswahrscheinlichkeit gegenüber der Normalbevölkerung erhöht ist (43).

In unserer Untersuchung wurden Patienten als spezifisch belastet bezeichnet, bei denen in der engeren Verwandtschaft eine endogene Depression oder eine Zyklothymie bekannt waren oder wenn aus der Schilderung der Symptome diese Diagnose anzunehmen war. Als nicht spezifisch belastet galten Probanden, in deren Familie andere psychiatrische Erkrankungen vorkamen. Bei den von uns Untersuchten wies nahezu die Hälfte eine erbliche Belastung auf, bei einem Drittel war eine zyklothyme Depression eines nahen Verwandten aufgetreten (Tab. 2). Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch U. PAULY (26) und M. KINKELIN (14).

Tab. 2: Hereditäre Belastung

unbelastet	52 %	
belastet	48 %	
davon:	spezifisch belastet	32 %
	nicht spezifisch belastet	16 %

b) Eigene Erkrankungen

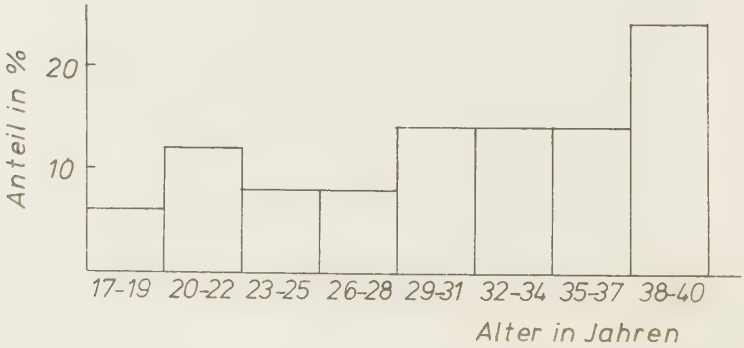
Wesentliche eigene Erkrankungen vor Ausbruch der Psychose oder im Intervall waren bei 32 % der Zyklothymen vorgekommen. Dazu zählten vor allem Unfälle mit Kopfverletzungen und schwere Krankheiten, die einschneidende Veränderungen nach sich zogen.

Von psychischen Eigenheiten vor der Depression berichteten 26 % der Patienten. Sie bezeichneten sich meist als nervös, sensibel, schwermütig oder kontaktscheu.

c) Ersterkrankungsalter

Das Durchschnittsalter der Probanden bei Ausbruch der Psychose betrug 31 Jahre. Dabei verteilte sich die Erstmanifestation gleichmäßig auf alle Altersstufen mit einem leichten Anstieg zum 40. Lebensjahr hin (Abb. 2).

Abb. 2: Häufigkeit des Ersterkrankungsalters



N. THOMSEN (zit. nach J. KROME (16)) untersuchte die Zyklothymen mit Krankheitsbeginn vom 21. bis zum 39. Lebensjahr, die zwischen 1951 und 1966 an der Universitätsnervenklinik Köln zur stationären Aufnahme kamen. Er stellte in der Altersverteilung ebenfalls keine herausragenden Gipfel fest. Seine Ergebnisse schließen dabei direkt an die von U. PAULY (26) an, die über endogene Depression bei Jugendlichen berichtet.

d) Phasen

Bei 48 unserer Probanden wurden insgesamt 170 depressive und neun manische Phasen beobachtet, d.h. die durchschnittliche Zahl belief sich auf 3,7. Etwa die Hälfte der Patienten befand sich in der ersten bis dritten Phase, die andere Hälfte hatte schon mehr als drei (Tab. 3). Viele konnten also über einen längeren Krankheitszeitraum exploriert werden. 12 % gaben manische Phasen an, 8 % hypomanische Nachschwankungen. In zwei Fällen war die genaue Anzahl nicht zu ermitteln, bei einem war die Krankheit in einen chronischen Verlauf übergegangen.

Tab. 3: Zahl der Phasen

Zahl der Phasen	Anteil der Patienten
1	22 %
2	22 %
3	8 %
4	18 %
5 - 8	18 %
mehr als 8	12 %

Die Dauer der Krankheitsperioden wurde eingeteilt in Wochen, Monate und Jahre. Die Trennung zwischen "Wochen" und "Monate" lag bei 8 Wochen, zwischen "Monate" und

"Jahre" bei etwa 1 1/2 Jahren. Hatte ein Patient mehrere Phasen durchgemacht, war die Phasenlänge ausschlaggebend, die am häufigsten vertreten war. Nur bei 10 % der Kranken dauerte ein Krankheitsabschnitt länger als 1 1/2 Jahre. Der Rest verteilt sich etwa gleichmäßig auf mehr und weniger als 8 Wochen (Tab. 4). Die kürzeste Krankheitsperiode in unserem Untersuchungsmaterial dauerte 3 Wochen, die längste 8 Jahre.

Tab. 4: Dauer der Phasen

Phasendauer	Anteil der Patienten
Wochen	40 %
Monate	50 %
Jahre	10 %

Für die Intervallzeiträume erfolgte die Einteilung in "mehr als 5 Jahre", "zwischen einem und 5 Jahren" und "weniger als ein Jahr". Diese Angabe entfiel bei den 22 % der Patienten, die in der Erstphase waren; 2 % konnten keine Auskunft darüber geben. Die Verteilung der übrigen zeigt Tab. 5.

Tab. 5: Dauer der Intervalle

Intervalldauer	Anteil der Patienten
mehr als 5 Jahre	14 %
zwischen 5 und 1 Jahr	34 %
weniger als 1 Jahr	28 %

Es wurden also Zyklothyme mit sowohl relativ rasch aufeinanderfolgenden Phasen als auch mit langen erscheinungsfreien Zeiträumen untersucht. Die kürzeste Intervalldauer betrug 2 Monate, die längste 19 Jahre.

Zur Beurteilung des Verlaufs der Psychose sollte der Vergleich der einzelnen Krankheitsperioden in chronologischer Reihenfolge dienen. Probanden, die zur Zeit der Exploration erstmals erkrankt waren, wurden nur berücksichtigt, wenn der Beginn länger als ein Jahr zurücklag. 20 % der Untersuchten bezeichneten die subjektive Schwere der Erscheinungen in den einzelnen Phasen als gleichbleibend, 38 % als wechselnd. Bei 18 % hatte sich der Zustand im Laufe der Erkrankung verschlimmert, bei 4 % verbessert.

e) Behandlung

Die Dauer vom Auftreten der Zyklothymie bis zum Aufsuchen eines Arztes und zum Beginn einer Therapie weicht bei den einzelnen Patienten stark voneinander ab. Sofort, d. h. innerhalb von 14 Tagen, kamen 32 % zur Behandlung, bei 40 % dauerte es bis zu 8 Wochen, bei 10 % länger. 12 % der Probanden blieben während der ersten Phase ohne Therapie, 6 % konnten keine Angaben darüber machen. In der Krankheitsperiode, in deren Verlauf die Zyklothymen exploriert wurden, setzte die ärztliche Behandlung meist früher ein: bei 44 % sofort, bei 38 % innerhalb von 8 Wochen und bei 12 % danach. 6 % waren auch hier nicht in der Lage, genaue Auskünfte zu erteilen (Tab. 6).

Tab. 6: Dauer bis zum Beginn der Behandlung

Dauer	Anteil der Patienten	
	1. Phase	jetzige Phase
sofort	32 %	44 %
Wochen	20 %	38 %
Monate	10 %	12 %
keine Therapie	12 %	-
ohne Angabe	6 %	6 %

Die therapeutischen Maßnahmen vor der jetzigen Klinikeinweisung reichten von physikalischen Verfahren, Kreislaufmitteln und Tranquillizern über Elektrokrampf- und Insulinschockbehandlung zu Heilschlaf, Neuroleptika und Thymoleptika. Durchgeführt wurden sie bei 40 % vom Hausarzt, bei 24 % vom Psychiater, bei 14 % in einem allgemeinen Krankenhaus und bei 70 % in einer Nervenklinik. Eine genauere Aufschlüsselung ist nicht möglich, da viele der Befragten nur unvollständige oder gar keine Auskünfte geben konnten.

Der Behandlungserfolg war in 66 % die Vollremission, in 28 % eine Teilremission; in 20 % der Fälle trat keine Besserung ein. Durch verschiedene Verläufe bei den einzelnen Patienten kamen Überschneidungen zustande.

f) Beschwerden und klinische Symptomatik

Die Zyklothymie ruft vielfältige psychische und physische Beschwerden hervor. Außerdem wurde sie als Zustand völliger Gefühllosigkeit bezeichnet (37). Charakteristisch sind aber auch noch andere "Losigkeiten" (19), die den Patienten beeinträchtigen.

Die Beschwerden der hier untersuchten Kranken sind in Tab. 7 zusammengestellt. Die häufigsten Symptome sind schlechte, niedergedrückte Stimmung und Angst, die von fast allen Patienten angegeben werden, gefolgt von Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, innerer Unruhe und Verlust der Arbeitsfähigkeit.

Tab. 7: Symptome der Zyklothymie

Symptom	Anzahl der Patienten
psychische Beschwerden	
schlechte, niedergedrückte Stimmung	98 %
Angst	94 %
davon lokalisiert	42 %
Weinen	58 %
innere Unruhe	70 %
Nervosität/Gereiztheit	46 %
Zurückgezogenheit	18 %
Grübeln	24 %
"Losigkeiten"	
Schlafstörungen	80 %
Appetitlosigkeit	78 %
Libidoverlust	32 %
Verlust von Arbeitsfähigkeit und Kraft	86 %
Antriebshemmung	46 %
Interesse- und Lustlosigkeit	72 %
Minderung von Konzentration und Entschlußkraft	24 %
Gefühlsverarmung	42 %
Kontaktarmut	14 %
körperliche Beschwerden	
Kopfschmerzen oder -druck	50 %
Herzbeschwerden	42 %
Druck auf der Brust	18 %
Schluckbeschwerden (Kloßgefühl)	10 %
Magenbeschwerden (meist lokalisierte Angst)	42 %
Verdauungsbeschwerden	42 %
Gewichtsabnahme	38 %
Zittern	20 %
motorische Unruhe	24 %
Schwitzen	24 %
Schwindel/Schwäche	32 %
Müdigkeit	18 %
Stupor	4 %

Fortsetzung von Tab. 7

andere Symptome	
Wahnideen	
Schuldwahn	12 %
Verarmungswahn	8 %
hypochondrischer Wahn	2 %
Tagesschwankungen	
typisch (Morgentief)	68 %
atypisch (Morgenhoch)	6 %

Zur Einordnung der Symptome wurden die Leitsyndrome der einzelnen Depressionen nach den von H. H. WIECK (47) beschriebenen Syndromreihen ermittelt. H. H. WIECK gliederte die Erscheinungen der Zyklothymie unter anderem in die depressive Elementarsymptomatik und die geistigen Ausgestaltungsformen. Bei der depressiven Elementarsymptomatik unterschied er sechs Syndromreihen:

1. die depressiven Elementargefühle mit der zyklothymen Traurigkeit, den Angst- und Schuldgefühlen
2. die depressive Gefühlsverarmung, bei der alle Empfindungen außer den depressiven Elementargefühlen an Bedeutung verlieren; dazu gehören die individuellen, die zwischenmenschlichen, die sozialen und die allgemeinen Daseinsgefühle
3. die leiblichen Mißempfindungen, zu denen auch die Agitiertheit als körperliche Unruhe zählt
4. die Störungen der Erlebnisweisen, die sich in der Hemmung des Erlebnisablaufes, in repetitiven Erlebnisweisen oder in anankastischen Zügen ausdrückt
5. die vegetativen Funktionsstörungen, wie Schlafstörungen, Appetitlosigkeit und Gewichtsabnahme, Erlöschen der Libido, Obstipation, Schweißausbrüche, Schwindelzustände, Tachykardie
6. die Tagesschwankungen

Die geistigen Ausgestaltungsformen sind unterteilt

1. in die Präsenzveränderungen, die sich in Wandlung des Ausdrucks, der Verhaltensweisen und der Leistungen manifestieren,
2. in die katathyme Wahnthematik mit der Schuld-, der Angst-, der hypochondrischen und der reaktiven Thematik.

Eingeteilt nach den Leitsyndromen der depressiven Elementarsymptomatik ergab sich für die hier untersuchten Kranken folgendes Bild. Bei der größten Patientengruppe bildeten die leiblichen Mißempfindungen das Leitsyndrom, gefolgt von den depressiven Elementargefühlen und der depressiven Gefühlsverarmung. Bei je 14 % der Zyklothymen bestimmten die Störungen der Erlebnisweisen und die vegetativen Funktionsstörungen das klinische Bild (Tab. 8). Die Tagesschwankungen wurden bereits oben erwähnt.

Tab. 8: Leitsyndrome der depressiven Elementarsymptomatik

Leitsyndrom	Anteil der Patienten
depressive Elementargefühle	24 %
depressive Gefühlsverarmung	18 %
leibliche Mißempfindungen	30 %
Störungen der Erlebnisweisen	14 %
vegetative Funktionsstörungen	14 %

Die geistigen Ausgestaltungsformen fehlten bei einem Teil der Untersuchten völlig. Bei fast der Hälfte aller Patienten stand die Angstthematik im Vordergrund, gefolgt von der reaktiven Thematik, die sich vor allem in sekundären Schuld- und Insuffizienzgefühlen ausdrückte. Demgegenüber traten die übrigen geistigen Ausgestaltungsformen weit zurück (Tab. 9).

Tab. 9: Geistige Ausgestaltungsformen der Psychose

geistige Ausgestaltungsform	Anteil der Patienten
Präsenzveränderungen	8 %
Schuldthematik	12 %
Angstthematik	48 %
hypochondrische Thematik	6 %
reaktive Thematik	18 %
keine geistige Ausgestaltung	8 %

g) Auslösung der Phasen

Lange Zeit hielt man es für ein wesentliches Merkmal der "endogenen" Depression, daß sie ohne äußeren Anlaß auftrat. Doch J. LANGE (17) bewies durch die Zwillingsforschung, daß psychische und körperliche Faktoren für die Auslösung von Phasen verantwortlich sein müssen. E. BLEULER (3) schätzte die äußerlich verursachten auf 10 %, H. J. WEITBRECHT (43) ermittelte 13 %, M. KINKELIN (14) etwa ein Viertel und P. MATUSSEK (23) ein Drittel aller Krankheitsabschnitte.

In dieser Arbeit wurde nicht jede einzelne Phase auf einen Anlaß untersucht, sondern die Bedeutung äußerer Einflüsse auf die Krankheit schlechthin. Dabei kamen die psychischen und physischen Momente in Betracht, die objektiv als belastend angesehen werden konnten und in einem direkten zeitlichen Zusammenhang mit der Erkrankung standen. In diesem Sinn durfte man bei 36 % der Kranken von einem Anstoß einer oder mehrerer Phasen sprechen und zwar bei 24 % durch belastende Ereignisse und bei 12 % durch Schwangerschaft oder Entbindung.

Von K. SCHNEIDER (37) wird betont, daß es bei der Auslösung der Krankheit nicht so sehr auf den objektiven Inhalt

der Erlebnisse ankommt, sondern auf die subjektive Wirkung für den einzelnen Patienten. Das menschliche Kausalitätsbedürfnis bringt es nach H. J. WEITBRECHT (43) auch mit sich, daß ein angeblich verantwortliches psychologisches Motiv für die Traurigkeit angegeben wird.

So schuldigten auch hier die Probanden noch andere Gründe für die Auslösung oder Verschlechterung der Depression an, z. B. Wetterwechsel, schlechtes Wetter, Menstruation oder objektiv nicht sehr belastende körperliche Krankheiten. Bei 34 % der Untersuchten traten die Erscheinungen vorwiegend zu bestimmten Jahreszeiten (Frühjahr, Herbst, Winter) auf (Tab. 10).

Tab. 10: Zusammenhang der Psychose mit äußeren Anlässen

äußerer Anlaß	Anteil der Patienten
Wetterwechsel	10 %
schlechtes Wetter	16 %
Menstruation	10 %
belastende Ereignisse	28 %
Entbindung/Schwangerschaft	12 %
bestimmte Jahreszeit	34 %
keine Zusammenhänge	36 %

h) Reaktion der Umgebung

Auf die eigene Verarmung auch der zwischenmenschlichen Gefühle bezieht sich häufig eine Klage der Zyklothymen. Die Kontaktarmut wird dadurch verstärkt, daß die Familienangehörigen auf die Symptome der Krankheit oft mit Unverständnis reagieren, das sich in Vorwürfen und Aufforderungen zum "Zusammenreißen" ausdrückt. Die Reaktion der Umgebung bei den hier Untersuchten stellt Tab. 11 dar.

Tab. 11: Reaktion der Umgebung auf die Zyklothmie

Reaktion der Umgebung	Anteil der Patienten
sehr verständnisvoll	28 %
verständnisvoll	32 %
kein Verständnis	40 %

Die Beurteilung und Einordnung der Zyklothymie, die sich aus dem psychischen Befund ergeben, werden erst im Zusammenhang mit der Suizidalität erwähnt.

4. Tests

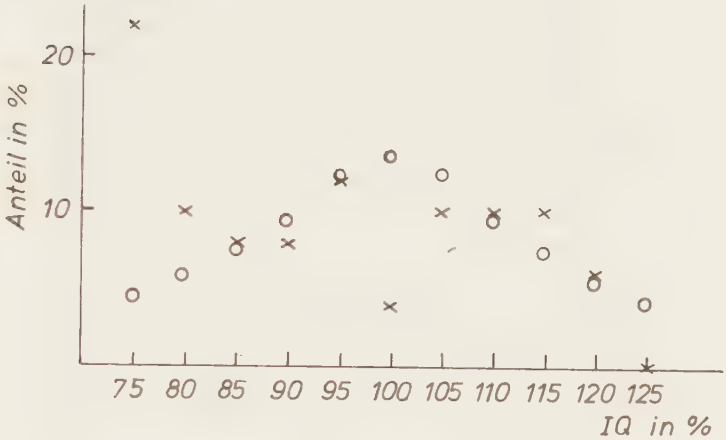
a) Mehrfach-Wortschatz-Test-B (MWT-B)

Das allgemeine Intelligenzniveau der hier untersuchten Patienten, gemessen nach den Rohpunkten (RP) des MWT-B und verglichen mit den Prozenträngen (PR) und den Intelligenzquotienten (IQ) ist aus Tab. 12 zu entnehmen (22). Dasselbe stellt Abb. 3 dar, in der die Anzahl der Kranken (x) über dem Intelligenzquotienten und die Anzahl einer Normalbevölkerung nach dem Prozentrang (o) über dem IQ aufgetragen ist.

Tab. 12: Intelligenzniveau der Patienten (siehe Text)

MWT-B: RP	PR	IQ	Anteil der Patienten
- 16	5	bis 75	22 %
17 - 19	10	80	10 %
20 - 21	16	85	8 %
22 - 23	25	90	8 %
24 - 25	36	95	12 %
26 - 27	50	100	4 %
28 - 29	64	105	10 %
30 - 31	75	110	10 %
32 - 33	84	115	10 %
34 - 35	90	120	6 %
36 - 37	95	125	0 %

Abb. 3: Vergleich zwischen Intelligenzverteilung der Normalbevölkerung (o) und der untersuchten Patienten (x)



Aus Tab. 12 und Abb. 3 geht hervor, daß Patienten mit unterdurchschnittlicher Intelligenz sehr häufig und mit durchschnittlicher Intelligenz weniger als normal vertreten waren. Im Bereich überdurchschnittlicher Intelligenz entsprechen sich die beiden Kurven in etwa. Auch nach diesem Testergebnis ist für die hier untersuchten Kranken die Behauptung von O. H. ARNOLD (1), H. BÜRGER-PRINZ (8) und P. MATUSSEK (23) nicht gültig, daß Zyklothyme überdurchschnittlich intelligent sind. Eine Begründung dafür bietet sowohl die geringe Anzahl unserer Probanden als auch die soziologische Zusammensetzung von Patienten, die sich in einer Nervenklinik behandeln lassen.

b) Befindlichkeitsskala nach D. VON ZERSSEN

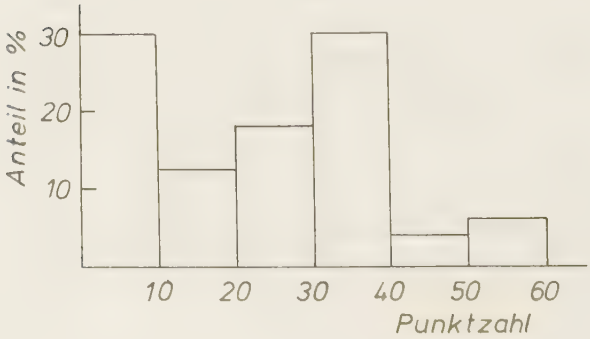
Die Befindlichkeitsskala (BS) nach D. VON ZERSSEN (49) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen, der die momentane

Befindlichkeit des Probanden objektivieren soll und der speziell auf die manisch-depressive Erkrankung zugeschnitten ist. Der Untersuchte soll sich nach 28 Eigenschaftspaaren einordnen. Dabei werden die jeweils negativen Beurteilungen mit 2 Punkten gewertet, die positiven mit 0 Punkten. Auf die Antwort "weder-noch" wird 1 Punkt gegeben. Anhand einer Statistik ist für endogen Depressive ein Mittelwert von 36,3 Punkten mit einer Standardabweichung von 12,6 Punkten ermittelt. Die Punktzahlen der hier untersuchten Patienten sind in Tab. 13 und Abb. 4 zusammengestellt.

Tab. 13: Befindlichkeitsskala: Punktzahlen der Patienten

Punkte	Anteil der Patienten
1 - 10	30 %
11 - 20	12 %
21 - 30	18 %
31 - 40	30 %
41 - 50	4 %
51 - 56	6 %

Abb. 4: Verteilung der Patienten nach der Befindlichkeitsskala (Aufgetragen wurde die Prozentzahl der Patienten über der Anzahl der Punkte.)



Aus Abb. 4 ergibt sich, daß die Verteilung der hier untersuchten Kranken mit Zyklothymie nicht der von D. VON ZERSSEN entspricht. Obwohl 34 % als sehr schwere und 28 % als mittelschwere Depressionen angesehen wurden, betrug der Mittelwert nur 23,8 Punkte. Das liegt vor allem daran, daß die Probanden bei diesem Test ihre Befindlichkeit selbst beurteilen und angeben sollen. Deshalb können auch Kranke mit ausgeprägter Depression z. B. wegen Entlassungswunsch ihre Beschwerden dissimulieren und somit auf eine niedrige Punktzahl kommen. Eindeutig war dies bei 12 % der Untersuchten, die trotz objektiv schwerer oder mittelschwerer Ausprägung der Zyklothymie im v. Zerssen-Test nur geringe Werte erreichten. Hier läßt sich eine ähnliche Kritik anbringen, wie sie H. PADRUTT (27) an der Risikoliste für Suizidalität von W. PÖLDINGER (28) geübt hat: für leichtere und mittelschwere Depressionen stimmt die Befindlichkeitsskala in etwa mit dem unmittelbaren Eindruck überein, aber bei schweren Depressionen werden häufig wieder niedrige Punktzahlen erzielt.

c) Freiburger Persönlichkeits-Inventar

Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI) (10) mißt die Primärpersönlichkeit; seine Werte sollen sich durch eine Erkrankung an Zyklothymie nicht wesentlich ändern. Es hat auch gegenüber dem in den USA entwickelten MPI den Vorteil, daß es für die hier untersuchten Kranken in seinen Fragen verständlich und nachvollziehbar ist. Trotzdem war der Test von manchen Patienten nicht durchzuführen. Das lag wahrscheinlich am geringen Intelligenzniveau einiger Probanden. Hier wurde der Fragebogen mit Hilfe des Untersuchers ausgefüllt, was jedoch die Ergebnisse verfälschen kann. Die Kurzform des FPI, die hier verwendet wurde, setzt sich aus folgenden Einzelskalen

zusammen:

FPI 1: Nervosität

FPI 2: Aggressivität

FPI 3: Depressivität

FPI 4: Erregbarkeit

FPI 5: Geselligkeit

FPI 6: Gelassenheit

FPI 7: Dominanzstreben

FPI 8: Gehemmtheit

FPI 9: Offenheit

FPI E: Extraversion

FPI N: emotionale Labilität

FPI M: Maskulinität

Die Einteilung der Rohwerte erfolgte nach den Quartilwerten, wobei die Zugehörigkeit zum 1. Quartil eine Zuordnung zu dem Viertel der Standardpersonen bedeutet, die die niedrigsten Punktzahlen erreichten. Das Ergebnis ist in Tab. 14 dargestellt.

Tab. 14: Freiburger Persönlichkeitsinventar:
Quartilwerte der Patienten

Quartilwerte	FPI	Anteil der Patienten 1. Q.	2. Q.	3. Q.	4. Q.
	FPI 1	8 %	18 %	22 %	52 %
	FPI 2	58 %	16 %	14 %	12 %
	FPI 3	20 %	10 %	26 %	44 %
	FPI 4	16 %	18 %	30 %	36 %
	FPI 5	28 %	28 %	14 %	30 %
	FPI 6	40 %	36 %	8 %	16 %
	FPI 7	26 %	32 %	32 %	10 %
	FPI 8	4 %	24 %	36 %	36 %
	FPI 9	22 %	34 %	22 %	22 %
	FPI E	34 %	26 %	26 %	14 %
	FPI N	16 %	16 %	26 %	42 %
	FPI M	48 %	34 %	12 %	6 %

Von den Probanden beantworteten 12 % das FPI ganz offensichtlich unrichtig oder im Sinne sozialer Erwünschtheit; dies drückte sich auch im niedrigen Wert für FPI 9 (Offenheit) aus. Abgesehen davon fällt auf, daß einige Prozentzahlen stark von der Normalverteilung abweichen. Hohe Werte ergaben sich in den Skalen Nervosität,Depressivität, Erregbarkeit, Gehemmtheit und emotionale Labilität; niedrige dagegen in den Skalen Aggressivität, Gelassenheit, Extraversion und Maskulinität. Obwohl die Kranken ihren Zustand außerhalb der Psychose beschreiben sollten, entsprechen die Ergebnisse genau dem Bild der zyklothymen Depression, können also nicht als Messung der Primärpersönlichkeit gelten. Hierfür gibt es zwei Erklärungsmöglichkeiten. Entweder sind die Patienten von der Zyklothymie so beeinträchtigt, daß diese in ihrer Sicht schon ein fester Bestandteil ihres Lebens und der primären Persönlichkeitsstruktur geworden ist. Oder die Kranken sind in der gegenwärtigen depressiven Situation nicht in der Lage, zu abstrahieren.

5. Suizidalität

a) Suizid in Familie und Umgebung

E. RINGEL (31) berichtet von einer Anhäufung der Suizide in Melancholikerfamilien. Bei 16 % der hier untersuchten Patienten waren Selbstmorde in der Verwandtschaft vorgekommen, in 6 % der Fälle sogar mehr als einmal. Betroffen davon zeigten sich 6 %, 10 % standen indifferent dazu.

Von Erfahrungen mit Suizid in ihrer Umgebung sprachen 44 %. 32 % zeigten sich gleichgültig, die restlichen 12 % waren davon berührt.

b) Eigene Suizidalität vor der Psychose

Zwei Patientinnen, das entspricht 4 %, waren vor dem Ausbruch der Psychose suizidal. Beide gaben als Grund eine uneheliche Schwangerschaft an.

1. Beispiel: S. I., weiblich, 28 Jahre, verh., ein Kind, Hausfrau, 2. depressive Phase

Die Patientin berichtet, in ihrer Verzweiflung über das uneheliche Kind sei ihr plötzlich die Idee gekommen, Selbstmord zu begehen. Sie habe nicht lange überlegt, sondern kurz entschlossen Tabletten geschluckt. Dann habe sie sich aus Angst vor dem Tod von einem Taxi ins Krankenhaus fahren lassen. Sie beurteilt die Suizidgedanken, die ihr während der Depression kamen, als vollkommen anders und nicht vergleichbar mit ihrem Selbstmordversuch lange vor dem Ausbruch der Psychose.

c) Suizidalität während der zyklothymen Depression

Ein Großteil der Patienten war suizidal. Nur 16 % gaben an, nie an Selbstvernichtung gedacht zu haben. Zwei Kranke davon (4 %), die beide durch günstige Umstände sofort in nervenärztliche Behandlung gekommen waren, äußerten spontan, daß die Suizidgedanken bei längerem Bestehen der Phase wahrscheinlich noch aufgetreten wären. Von den mehr passiven Todeswunschgedanken berichteten 24 %, von echten, d. h. aktiven Suizidgedanken 60 %. Davon unternahmen 12 % einen, 2 % zwei Selbstmordversuche. 12 % trafen Vorbereitungen dazu, die durch eigenen Entschluß, Unwirksamkeit der Mittel oder Aufmerksamkeit der Angehörigen nicht zur Ausführung gelangten (Tab. 15).

Tab. 15: Suizidalität der Zyklothymen

Suizidalität	Anteil der Patienten
keine Suizidgedanken	16 %
Todeswunschgedanken	24 %
Selbstmordgedanken	60 %
davon Vorbereitungen zum Suizid	12 %
Selbstmordversuch	14 %

Alle Kranken bestritten jeglichen Todeswunsch- oder Suizidgedanken im Intervall, das bedeutet, daß diese Überlegungen durch die Psychose ausgelöst werden. Bei den meisten traten sie am Anfang der depressiven Phase auf und dauerten während des ganzen Verlaufes an. Bei manchen kamen sie erst einige Zeit nach dem Beginn der Krankheitsperiode.

Die gängige Meinung (2), die schon von E. BLEULER (3) vertreten wurde, daß die Depressiven zu Beginn und in den Zeiten der Besserung am meisten gefährdet seien, da der Selbstmordtrieb vorhanden, die Hemmung aber nicht stark ausgeprägt ist, kann aus dieser Untersuchung nicht beurteilt werden. Übereinstimmend erklärten zwar alle Probanden, daß die Suizidgedanken vor allem dann aufgetreten seien, wenn die Depressionen besonders ausgeprägt waren. Bei denen, die wirklich einen Selbsttötungsversuch unternommen haben, ist die Situation aber schwer zu beurteilen. Da sie sofort in eine Klinik eingeliefert wurden, waren sie nach Einleitung der Therapie bald auf dem Weg der Besserung. Drei Patienten unternahmen den Selbstmordversuch bis zu 4 Wochen nach Beginn der Phase, die anderen vier im Verlauf oder auf dem Höhepunkt.

P. MATUSSEK (23) behauptet, daß die Kranken während der ersten und zweiten Phase am meisten gefährdet seien. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt auch J. GREGER (11). In dieser Untersuchung unternahmen drei Patienten während der ersten, drei während der dritten und einer während der siebten Krankheitsperiode den Suizidversuch.

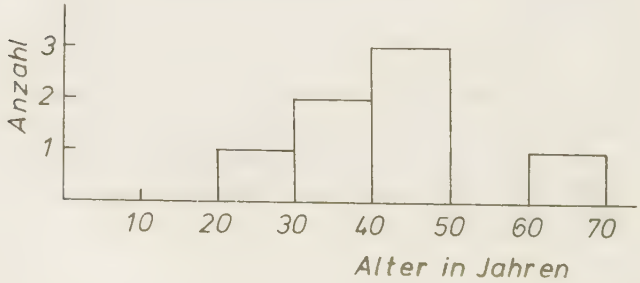
Obwohl die Depressiven meist während der ganzen Phase Todeswunsch- oder Selbstmordgedanken hatten, überlegten sie die Ausführung häufig nicht lange. Drei legten ohne Zögern Hand an sich, zwei wägten stundenlang und nur zwei tagelang ab.

Daß Zyklothyme ihre Suizidabsichten mit großer Intensität verfolgen, erwies sich auch bei unserem Krankengut. Zwar traten, im Gegensatz zur Untersuchung von E. RINGEL über gelungene Suizide (31), die "harten" Methoden hinter den "weichen" zurück: fünf Patienten wollten sich mit Tabletten, Gas oder sonstigem vergiften, eine Kranke sich erhängen und eine sich die Pulsadern aufschneiden. Aber alle sieben Probanden mit Selbstmordversuch hatten den ernsthaften Wunsch zu sterben. Eine Patientin unternahm zwei Suizidversuche während derselben Phase, eine versuchte, sich gleichzeitig mit Tabletten und Gas zu vergiften. Aber sechs von sieben waren froh über ihre Rettung, nur eine bezeichnete es als "schade, daß es nicht geklappt hat". Das steht ebenfalls im Gegensatz zu den Ermittlungen E. RINGELS (30).

d) Alter beim Suizidversuch

Das Durchschnittsalter der sieben Patienten beim Suizidversuch betrug 40 Jahre. Ein Proband wollte sich zwischen 20 und 29 Jahren das Leben nehmen, zwei zwischen 30 und 39, drei zwischen 40 und 49 und einer zwischen 60 und 69. Die meisten der Untersuchten waren, wie bei J. GREGER (11), zum Zeitpunkt ihres Selbstmordversuches zwischen 30 und 50 Jahre alt (Abb. 5).

Abb. 5: Altersverteilung der Patienten beim Suizidversuch



e) Verarbeitung der Suizidgedanken

Für die meisten Zyklothymen stellen die Selbstmordgedanken ein drängendes Problem dar, das sie irgendwie zu verarbeiten suchen. 26 % sprachen - meist mit einem nahestehenden Menschen - darüber, keiner davon mit einem Arzt. Sie wurden also von den behandelnden Ärzten auch nicht nach ihrer Suizidalität befragt. 48 % der Untersuchten beschäftigten sich oft lange allein mit diesem Problem, 10 % versuchten, es zu verdrängen.

f) Rolle der Krankheit

Schon immer beschäftigte die Psychiater die Frage, ob der depressive Selbstmord durch die Psychose verursacht oder motiviert wird (H. W. GRUHLE (12)). E. STENGEL (38) behauptet, daß die Motive für den Todeswunsch aus den Symptomen der psychischen Störung entspringen und nicht das Bestehen an sich den Suizid erklärt. Auch W. DE BOOR (6) bemängelt, sich nach Klärung der Sachlage mit der Feststellung einer Psychose zu begnügen, damit die Ursache zu haben und den Motiven eine sekundäre Rolle zuzuordnen.

46 % unserer Patienten hielten ihren momentanen Zustand während der Depression für so schlimm, daß sie nicht mehr weiterleben wollten. Bei 8 % war die Verzweiflung, nicht mehr arbeiten oder schlafen zu können, die Hauptursache, bei 12 % die Angst. Für ein Drittel unserer Probanden bildete die sekundäre Verzweiflung, an dieser schrecklichen Krankheit zu leiden, das Motiv zum Todeswunsch (Tab. 16).

2. Beispiel: B. E., weiblich, 37 Jahre, verh., drei Kinder, Hausfrau, 15. depressive Phase

Die Patientin berichtet, zu Beginn der Krankheit sei sie vom Arzt darüber aufgeklärt worden, daß sich die depressiven Zustände wiederholten. Erst als sie mit der dritten

Phase dies an sich selbst erfahren habe, seien die Selbstmordgedanken aufgetreten.

Tab. 16: Rolle der Zyklothymie für die Suizidalität

angegebener Grund	Anteil der Patienten
momentaner schlimmer Zustand	46 %
sekundäre Verzweiflung über die Krankheit	32 %
Verzweiflung, nicht mehr arbeiten oder schlafen zu können	8 %
Angst	12 %

g) Hinderungsgründe

Die Zyklothymen sind ihren Suizidgedanken nicht willenlos ausgeliefert, sondern werden von Selbstmordhandlungen durch bestimmte Hinderungsgründe abgehalten. Auch E. STENGEL (39) erwähnt dies, da ja nicht alle Melancholiker Suizidversuche unternehmen, obwohl nahezu alle dieser Kranken sich oft den Tod wünschen.

Bei den hier untersuchten Patienten waren die Hinderungsgründe sehr vielfältig. 42 % nannten die Familie, 12 % den Ehepartner und 24 % die Kinder als Grund, den Selbstmord nicht durchzuführen. Drei Viertel der Kranken werden also unter anderem durch zwischenmenschliche Beziehungen abgehalten. Für 18 % war es die religiöse Bindung, bei einem ähnlich hohen Anteil die Angst vor dem Tod. Als bezeichnend für die endogene Depression können die beiden folgenden Argumente gelten. Zwei Patienten bezeichneten sich als vollkommen handlungsunfähig während der Phase, also könne auch ein Suizidversuch nicht durchgeführt werden. Das deckt sich mit der Auffassung, daß die Gefährdung auf dem Höhepunkt der Krankheit nicht so groß

ist, da die zyklothyme Hemmung zu stark ausgeprägt ist (2). Ebenfalls zwei Patienten wurden abgehalten von der Angst, nicht zu sterben. Damit wäre für die Angehörigen die Belastung durch die Krankheit noch größer. Wenige Patienten konnten keinen Hinderungsgrund angeben und sagten nur: "Das darf man nicht" (Tab. 17).

Tab. 17: Hinderungsgründe

Hinderungsgrund	Anteil der Patienten	
Familie	42 %	78 %
Ehepartner	12 %	
Kinder	24 %	
Religion	18 %	
Angst vor dem Tod	14 %	
Handlungsunfähigkeit	4 %	
Angst, nicht zu sterben	4 %	
"Das darf man nicht"	4 %	

Trotzdem bieten alle diese Motive keinen absoluten Schutz. Denn fast alle Untersuchten, die einen Selbstmordversuch unternommen hatten, konnten solche Hinderungsgründe für sich angeben. Diese verloren aber im Moment der Ausführung an Gewicht oder wurden nicht überlegt.

Für in der Zukunft gefährdet hielten sich nur 4 % der Kranken, 12 % waren sich unsicher. Mit 84 % glaubte der größte Teil der Patienten, es bestehe keine Gefahr, daß sie einen Selbstmordversuch unternehmen könnten. Viele wiesen dabei auf die Hinderungsgründe hin, andere gaben die augenblickliche Situation, die nicht schlimmer werden könnte und die sie trotzdem beherrschten, als Argument an. Manche glaubten sich auch geheilt für ihr ganzes Leben.

h) Verhalten gegenüber Selbstmördern

Zwar hatten 82 % der Befragten Verständnis für Selbstmörder, doch würden 98 % unserer Patienten andere Gefährdete von ihrem Vorhaben abhalten. Nur eine Patientin sprach sich für das Recht aus, von eigener Hand zu sterben. Die Vorstellung von den Methoden, mit denen sie einen Lebensmüden vor dem Sterben bewahren wollten, war bei den einzelnen Untersuchten sehr verschieden. Die einen schlugen vor, es mit der Angabe von Gründen zu versuchen, z. B. dem Hinweis auf Familie oder Religion, bzw. begnügten sich mit der Feststellung, das dürfe man nicht. Andere würden ein psychotherapeutisches Gespräch führen und sich die Gründe und Sorgen des Gefährdeten erklären lassen. Eine dritte Gruppe stellte sich vor, das Problem praktisch zu lösen und auf den Lebensmüden aufzupassen oder ihn zum Arzt zu schicken (Tab. 18).

Tab. 18: Abhalten von Selbstmordgefährdeten

Methode	Anteil der Patienten
Hinweis auf Familie	32 %
Hinweis auf Religion	18 %
"Das darf man nicht"	14 %
psychotherapeutisches Gespräch	54 %
überwachen	12 %
zum Arzt schicken	14 %

i) Verhältnis zum Tod

Angst vor dem Sterben hatten 50 % der Befragten, an ein Weiterleben nach dem Tode glaubten 64 %. In einer Liste von Kriterien, die auf eine drohende Selbstmordhandlung hinweisen (32), sind auch die Selbstvernichtungs-, Sturz- und Katastrophenträume enthalten. Von unseren Patienten berichteten 38 % von gelegentlichen derartigen Träumen.

B) Zusammenhänge

Um die Ursache für das Ausmaß der Selbstmordgefährdung bei zyklothymen Patienten zu ermitteln, bot sich ein Vergleich der einzelnen erfragten Faktoren mit der Suizidalität an. Diese wurde zur besseren Auswertung in drei Schweregrade eingeteilt. Zur ersten Kategorie gehörten die depressiven Kranken, die nie suizidal gewesen waren. Zur zweiten zählten die Probanden mit Todeswunsch- oder Selbstmordgedanken bis zur Vorbereitung des Suizids ohne Ausführung. Die dritte Gruppe bildeten die Patienten, die bereits einen Selbstmordversuch (SMV) unternommen hatten und durch fremde Hilfe am Leben geblieben waren. Eine feinere Abstufung erschien wegen der geringen Anzahl der Untersuchten wenig sinnvoll. Wo die Ergebnisse es rechtfertigten, wurde sogar eine noch gröbere Unterteilung in "suizidal" und "nicht suizidal" oder in "Selbstmordhandlungen" und "keine Selbstmordhandlungen" gewählt. Auch E. STENGEL (39) hält diese Gruppierungen für geeignet.

Daraus ergaben sich folgende Zusammenhänge:

1. Daten

Das gegenwärtige Alter der Patienten hatte keinen Einfluß auf die Suizidalität. Da manche sofort, andere aber Jahre nach dem Selbstmordversuch exploriert wurden, ist dies nicht verwunderlich.

Ob die Suizidtendenz mit dem Geschlecht in Zusammenhang steht, läßt sich aus dieser Untersuchung nicht ermitteln. Zwar differierte das Ausmaß der Selbstmordneigung bei Männern und Frauen (Tab. 19). Dieser Unterschied ist aber wegen der geringen Anzahl männlicher Patienten im Unter-

suchungsgut nicht signifikant und deshalb nicht zu verwerten.

Tab. 19: Geschlecht und Suizidalität

Geschlecht		Suizidalität	
weiblich	86 %	keine	14 %
		Gedanken	74 %
		SMV	12 %
männlich	14 %	keine	28 %
		Gedanken	44 %
		SMV	28 %

Um die soziologische Gruppierung in Vergleich mit der Selbstmordtendenz zu bringen, wurden Mittelschicht und obere Mittelschicht zusammengefaßt und im Gegensatz zur Unterschicht betrachtet. Was sich dabei für die Einteilung nach dem erlernten Beruf ergab, ist in Tab. 20 dargestellt.

Tab. 20: Soziologische Gruppe und Suizidalität

soziologische Gruppe		Suizidalität	
Unterschicht	48 %	kein SMV	96 %
		SMV	4 %
Mittelschicht	52 %	kein SMV	77 %
		SMV	23 %

Die Wahrscheinlichkeit, daß diese extreme Verteilung vorliegt, beträgt nach der oben angegebenen Berechnung bei zweiseitiger Betrachtung 12,4 %. Das ist zwar statistisch nicht signifikant, aber es läßt sich die Tendenz angeben (mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 12,4 %), daß Patienten der soziologischen Mittelschicht gegenüber denen aus der Unterschicht mehr suizidgefährdet sind.

Für den sozialen Status zum Zeitpunkt der Exploration (ausgeübter Beruf) und die Änderung dazu ließen sich keine Zusammenhänge mit der Selbstmordtendenz nachweisen.

Nach einer Untersuchung von F. BÖCKER (5) an Lebensmüden ohne Rücksicht auf die klinische Diagnose spielt der Familienstand folgende Rolle: geschiedene und verwitwete Personen sind mehr suizidgefährdet als verheiratete oder ledige. Aus praktischen Gründen (Verwitwete und Geschiedene machten jeweils nur 4 % des Untersuchungsgutes aus) wurden diese Gruppen zusammengefaßt (Tab. 21).

Tab. 21: Familienstand und Suizidalität

Familienstand		Suizidalität	
verh./ledig	92 %	keine	17 %
		Gedanken	72 %
		SMV	11 %
verw./gesch.	8 %	keine	-
		Gedanken	50 %
		SMV	50 %

Es resultierte zwar keine Signifikanz, aber ein Trend (P_1 = 9 %), daß auch bei zyklothymen Patienten Verwitwete und Geschiedene mehr Selbstmordtendenz aufweisen als Verheiratete und Ledige. Das wird durch die Tatsache unterstrichen, daß alle nicht Suizidalen nicht alleinstehend waren. Schon daraus ergibt sich die Bedeutung der zwischenmenschlichen Beziehungen für den Lebenswillen oder Todeswunsch endogen depressiv Kranker.

2. Biographie

Aus Einwohnerzahl, Lage und Struktur des Heimat- und Wohnortes ließ sich nur die Tendenz (r = 0,28) zu größerer

Selbstmordhäufigkeit beim Wohnen in großen Städten feststellen, die schon für nichtpsychotische Suizide bekannt ist (E. STENGEL (39)). Kein Hinweis ergab sich für eine Bedeutung der Mobilität, ausgedrückt in der Zahl der Ortswechsel, Entfernung bei den Umzügen und Vertreibung aus der Heimat.

Ebensowenig konnte von der Herkunftsfamilie ein wesentlicher Einfluß auf die Suizidalität festgestellt werden. Ausgewertet wurden: Alter, Beruf und Eigenschaften des Vaters und der Mutter, Ehe und Verhältnis der Eltern, Auskommen und Verstehen mit Vater und Mutter, Anzahl und Stellung der Geschwister, häusliches Milieu wie Finanzen, Wohnung und Ansehen der Familie, Verhalten und Pflichten als Kind und heutige Stellungnahme zu alldem. Auch das sog. "broken home" wirkte sich, in Übereinstimmung mit P. ZIESE (50), nicht negativ aus. Das kann aber auch darauf beruhen, daß diese Situation bei unseren Patienten nur sehr selten vorkam. H. WALTON (41) und W. WEIG (42) kamen zu einem gegenteiligen Ergebnis.

Den einzigen Hinweis, daß auch bei den hier untersuchten Kranken negative Erlebnisse in der Kindheit Einfluß auf die Selbstmordtendenz nehmen, ergab die Frage nach dem Verhältnis der Eltern zueinander (Tab. 22). Patienten, deren Eltern sich nicht verstanden hatten, waren mehr suizidgefährdet als jene, deren Eltern gut miteinander ausgekommen waren ($r = 0{,}27$).

Tab. 22: Verhältnis der Eltern und Suizidalität

Verhältnis der Eltern		Suizidalität	
gut	62 %	keine	16 %
		Gedanken	71 %
		SMV	13 %
schlecht	28 %	keine	7 %
		Gedanken	71 %
		SMV	23 %

entfällt bei 10 %

Aus der Schulzeit wurden folgende Faktoren untersucht: Art und Abschluß der Schule, Leistungen, Begabungsrichtung, Vorliebe für die Schule, Verhalten, Stellung zum Lehrer, Prüfungsangst, Stellung in der Klasse, Freunde, Tätigkeiten außerhalb der Schule. Dabei ließ sich nur aus von der Schule unabhängigen Persönlichkeitsmerkmalen - Prüfungsangst und Anzahl der Freunde - ein Bezug zur Suizidalität herstellen (Tab. 23 und 24).

Tab. 23: Prüfungsangst und Suizidalität

Prüfungsangst		Suizidalität	
ja	46 %	kein SMV	78 %
		SMV	22 %
nein	54 %	kein SMV	93 %
		SMV	7 %

Aus Tab. 23 ergibt sich der Trend (P_1 = 12 %), daß Zyklothyme mit Prüfungsangst mehr selbstmordgefährdet sind als solche ohne. Diese Feststellung hat im Hinblick auf die Primärpersönlichkeit Bedeutung, da ängstliche Menschen wesentlich mehr suizidal sind als andere (J. GREGER (11), E. RINGEL (33), W. PÜLDINGER (28)).

Tab. 24: Freunde während der Schulzeit und Suizidalität

Anzahl der Freunde		Suizidalität	
mehrere	46 %	nicht suizidal	30 %
		suizidal	70 %
einer/keine	54 %	nicht suizidal	4 %
		suizidal	96 %

Tab. 24 zeigt, daß Patienten, die in ihrer Jugend immer viele Freunde um sich hatten, signifikant (P_2 = 2,6 %) weniger suizidal waren als jene, die kontaktschwächer waren und nur einen oder keinen Freund besaßen.

3. Lebenssituation

Die Fragen über den Beruf leiteten über zur jetzigen Situation der Kranken. Sie bezogen sich auf Aus- und Weiterbildung, freiwillige oder erzwungene Berufswahl, Einstellung zum Beruf, berufliche Stellung und Änderung im Lauf der Zeit, Auskommen mit Vorgesetzten und Kollegen, beruflichen Ehrgeiz, Besonderheiten und Probleme im Beruf.

Bei der Berufswahl wurde unterschieden in "eigener Entschluß", "durch die Eltern" und "durch äußere Umstände". Daraus ergab sich die Gliederung in "freiwillig" und "nicht freiwillig" (Tab. 25).

Tab. 25: Berufswahl und Suizidalität

Berufswahl		Suizidalität	
eigener Entschluß	72 %	kein SMV	92 %
		SMV	8 %
unfreiwillig	28 %	kein SMV	71 %
		SMV	29 %

wer seinen Beruf selbst gewählt hat, ist mit einiger Wahrscheinlichkeit (P_1 = 7,95 %; P_2 = 15,89 %) weniger selbstmordgefährdet als Zyklothyme, die durch widrige Umstände oder weil die Eltern es so wollten ihre eigenen Vorstellungen von ihrer Arbeit nicht verwirklichen konnten. Hierfür bieten sich zwei Erklärungsmöglichkeiten an. Entweder sind diese Patienten von vornherein unselbständiger und deshalb in größerer Gefahr, oder sie sind durch den erzwungenen Beruf unzufriedener und haben mehr Schwierigkeiten damit.

Daran schließt sich die Kategorie Besonderheiten/Probleme im Beruf an. Hier wurden Unzufriedenheit mit dem Beruf, häufiger Berufswechsel, belastende Arbeit o. ä. einbezogen (Tab. 26).

Tab. 26: Besonderheiten/Probleme im Beruf und Suizidalität

Probleme im Beruf		Suizidalität	
nein	58 %	keine	24 %
		Gedanken	72 %
		SMV	4 %
ja	42 %	keine	4 %
		Gedanken	67 %
		SMV	29 %

Zyklothyme mit Problemen im Beruf neigen signifikant (P_2 = 3,36 %; r = 0,40) häufiger zum Selbstmord als die anderen und umgekehrt. Dieses Ergebnis ist bemerkenswert, da 86 % der Patienten Frauen sind und davon fast zwei Drittel Hausfrauen.

Als Hinführung zum Thema Ehe wurden Schwierigkeiten mit und Einstellung zu der Sexualität, erste emotionelle und

sexuelle Partnerbindung und die Zahl stärkerer Bindungen vor der Ehe erfragt. Nur letzteres ergab Beziehung zur Suizidalität (Tab. 27).

Tab. 27: Zahl der Bindungen vor der Ehe und Suizidalität

Anzahl		Suizidalität	
keine/eine	70 %	kein SMV	80 %
		SMV	20 %
mehrere	30 %	kein SMV	100 %
		SMV	-

In der Zahl stärkerer Bindungen vor der Ehe drückt sich ebenfalls, wie schon bei den Freunden im Schulalter, die Kontaktfreudigkeit und -fähigkeit aus. Auch hier sind die Kontaktärmeren in der Tendenz (P_2 = 14,5 %) mehr selbstmordgefährdet als die für Partnerschaft Offenen.

Um die Bedeutung der Ehe, die für die meisten der Befragten der gegenwärtige oder frühere Familienstand war, für die Manifestation oder Hemmung der Suizidgedanken zu erfassen, wurden folgende Faktoren ermittelt: Alter bei Eheschließung; Alter, Beruf und Eigenschaften des Partners; Art der Bindung, dominierender Teil, Trennung vom Partner, Probleme in der Ehe und einige Zusatzfragen über Wohnung und Finanzlage. Ein eindeutiger Zusammenhang mit der Selbstmordtendenz kam nur bei dem Punkt "Probleme in der Ehe" zustande. Hier wurden sowohl Konflike berücksichtigt, die durch die beiden Partner verursacht, als auch solche, die durch Dritte verschuldet waren (Tab. 28).

Tab. 28: Probleme in der Ehe und Suizidalität

Probleme in der Ehe		Suizidalität	
ja	38 %	keine	-
		Gedanken	79 %
		SMV	21 %
nein	50 %	keine	32 %
		Gedanken	60 %
		SMV	8 %

Zyklothyme, die zusätzlich z.B. durch Konflikte in der Ehe belastet sind, haben eine etwas größere Suizidtendenz. Vor allem aber hatten alle Patienten ohne Selbstmordgedanken keine Probleme in ihrer Ehe (P_2 = 2,4 %).

Über die Kinder erstreckte sich die Exploration auf die Anzahl aller und derer, die zum Zeitpunkt der Untersuchung noch bei den Eltern lebten; ferner auf Geschlecht und auf die Schwierigkeiten mit ihnen. Daraus ergab sich für die Suizidalität keine Abhängigkeit. Dieses Ergebnis ist erstaunlich, da von 66 % der Patienten die Kinder oder die Familie als Hindernisgrund vor einer Selbstmordhandlung angegeben wurden. Als Erklärung soll hier die Aussage einer Kranken gelten.

3. Beispiel: U.R., 38 Jahre, weiblich, verheiratet, 2 Kinder, Beruf: kaufm. Angestellte, 3 depressive Phasen

Die Patientin unternahm während der dritten depressiven Phase einen Suizidversuch. Sie berichtet, der Gedanke an ihre Kinder habe sie nicht davon abhalten können. Sie glaubte, daß ihre Kinder unter einer ständig kranken Mutter viel mehr

leiden müßten und hätte deshalb den Tod für sich vorgezogen.

4. Primärpersönlichkeit

Nach den bisherigen Ergebnissen war auf den Einfluß von Interessen und Wertrelevanzen einige Hoffnung zu setzen. Erfragt wurden Freizeitgestaltung, Sozialverhalten, Wertrelevanzen, Konfession und religiöse Bindung, politische Überzeugung, Einstellung zu Geld, Besitz und Erfolg.

Obwohl bei der Freizeitgestaltung die Art der Beschäftigung wie auch das soziale Umfeld ermittelt wurden, ließ sich kein Bezug zur Selbstmordtendenz herstellen. Anders das Sozialverhalten, eingeteilt in "gesellig" und "zurückgezogen" (Tab. 29).

Tab. 29: Sozialverhalten und Suizidalität

Sozialverhalten		Suizidalität	
gesellig	62 %	keine	23 %
		Gedanken	68 %
		SMV	9 %
zurückgezogen	38 %	keine	5 %
		Gedanken	74 %
		SMV	21 %

Patienten, die außerhalb ihrer Krankheit gesellig sind, haben eine geringer Suizidtendenz als solche, die schon von ihrer primären Persönlichkeitsstruktur in sich gekehrt sind und sich vor anderen Menschen zurückziehen (r = 0,25).

Aufgrund dieser Ergebnisse bot sich an, die Probanden nach ihrer primären Persönlichkeitsstruktur vor der Psychose einzuteilen. Das geschah, in Anlehnung an U. PAULY (26)

und J. KROME (16), in drei Gruppen. Der syntone Persönlichkeitstyp umfaßte die unproblematischen, ausgeglichenen und tüchtigen Patienten. Zum hyperthymen zählten Probanden, die fröhlich, gesellig und extravertiert sind. In die dritte Gruppe wurden die Persönlichkeiten aufgenommen, die selbstunsicher und depressiv, oft übertrieben gewissenhaft und eigenbrötlerisch sind. Die Einteilung erfolgte nach der Unterhaltung mit dem Patienten und aufgrund von Angaben der Angehörigen. Dabei konnten 32 % dem syntonen, 20 % dem hyperthymen und 48 % dem selbstunsicheren Persönlichkeitstyp zugeordnet werden. Für eine ausgeprägte Selbstmordtendenz einer bestimmten Gruppe ergab sich jedoch kein Anhalt.

Um die Wertrelevanzen der Untersuchten zu erfassen, wurde die Frage gestellt: "Was ist für Sie im Leben wichtig?". Die Antworten sind in Tab. 30 zusammengefaßt.

Tab. 30: Wertrelevanzen der Patienten

wichtige Dinge im Leben	Anteil der Patienten	
Partner	18 %	64 %
Familie	20 %	
Kinder	6 %	
Liebe	14 %	
Glück	6 %	
Gesundheit	42 %	
Religion	8 %	
Geld	8 %	22 %
Arbeit	14 %	

Deutlich zeigt der große Anteil der Gesundheit, die bei fast der Hälfte aller Befragten einen Platz in der Wertskala hatte, wie sehr die Patienten von ihrer Krankheit beeinträchtigt und beherrscht sind. Mit dem Grad der Sui-

zidalität stand jedoch keine der Antworten in Zusammenhang.

Der Einfluß der Religionszugehörigkeit auf die Häufigkeit der Selbstmordversuche gilt auch heute noch als sicher (E. STENGEL (39), J. GREGER (11)). F. BÜCKER (4) fand an einem nach Diagnosen unausgelesenen Untersuchungsgut, daß Angehörige der katholischen Kirche seltener Suizidversuche durchführen, wie schon vorher von H. W. GRUHLE (12) und E. RINGEL (30) festgestellt wurde. Letzterer hält die Religion nur dann für einen selbstmordhemmenden Faktor, wenn sie restlos bejaht wird. Trotzdem warnen viele Autoren (E. RINGEL (31), W. SCHULTE (38), E. STENGEL (39), H. H. WIECK (47)), diese Garantie bei der zyklothymen Depression als wirksam anzunehmen, da dieses Argument nur unter normalen psychischen Bedingungen tragfähig ist, während bei der Melancholie religiöse Bindungen oft gestört sind. Nach W. SCHMITT und K. VOGT (36) hatte jedoch von den religiös stark gebundenen Kranken mit Zyklothymie kein einziger während seiner depressiven Phase einen Selbstmordversuch unternommen.

Die Patienten dieser Untersuchung wurden nach Konfession, religiöser Bindung und Reflexion darüber befragt. Dabei ergab sich folgender Zusammenhang mit der Suizidneigung (Tab. 31).

Tab. 31: Konfession und Suizidalität

Konfession		Suizidalität	
katholisch	48 %	kein SMV	96 %
		SMV	4 %
evangelisch	52 %	kein SMV	77 %
		SMV	23 %

Die Mitglieder der evangelischen Kirche sind demnach häufiger suizidal als die der katholischen (p_1 = 6,2 %), auch wenn sie an einer endogenen Depression erkrankt sind. Der einzige katholische Patient aus diesem Untersuchungsgut, der einen Selbstmordversuch unternommen hatte, sagte, daß ihm der Glaube gleichgültig sei und er sich keine Gedanken darüber gemacht habe. Bei den evangelischen Kranken hingegen kamen die Suizidhandlungen ohne Bezug zur Tiefe der religiösen Bindung und zur Reflexion darüber vor.

Im Vorhandensein einer politischen Überzeugung der Probanden kommt wieder ihre Aufgeschlossenheit gegenüber der Umwelt zum Ausdruck. Den Zusammenhang mit der Suizidalität stellt Tab. 32 dar.

Tab. 32: Politische Überzeugung und Suizidalität

politische Überzeugung		Suizidalität	
ja	20 %	keine	30 %
		Gedanken	70 %
		SMV	-
nein	80 %	keine	12 %
		Gedanken	70 %
		SMV	18 %

Auch hier zeigte sich, daß Patienten mit einer politischen Überzeugung irgendwelcher Art, also jene, die ihrer Umwelt aufgeschlossener gegenüberstehen, weniger gefährdet sind als Kranke ohne politisches Interesse und umgekehrt (r = 0,26). Auffallend ist, daß diese Beziehung gilt, obwohl die meisten der Befragten angaben, daß sie während der Depression jedes Interesse verloren hätten. Die Primärpersönlichkeit wirkt also weit in die Krankheit hinein.

Die Einstellung zu Geld und Besitz wurde in die Antworten "wichtig", "notwendig" und "gleichgültig" eingeteilt. Dabei ergab sich, daß die Kranken, denen Geld wichtig war, ein ähnliches Suizidverhalten aufwiesen wie die, die ihm gleichgültig gegenüberstanden. Deshalb wurden diese beiden Gruppen zusammengefaßt und mit derjenigen verglichen, welche die Probanden enthielt, für die Geld notwendig war (Tab. 33). Diese Einteilung induziert die Annahme, daß es diesen Patienten finanziell schlechter ging. Sie wird aber gerechtfertigt durch den Hinweis, den viele Untersuchte der anderen Gruppen spontan gaben, nämlich, selbst noch nie in finanziellen Schwierigkeiten gewesen zu sein.

Tab. 33: Einstellung zu Geld/Besitz und Suizidalität

Einstellung		Suizidalität	
wichtig/gleichgültig	66 %	keine	18 %
		Gedanken	76 %
		SMV	6 %
notwendig	34 %	keine	12 %
		Gedanken	68 %
		SMV	30 %

Patienten, die finanziellen Besitz als notwendig erachteten, waren mehr selbstmordgefährdet als die, denen Geld gleichgültig oder wichtig war (P_2 = 7,2 %). Hingegen brachte die Einstellung zu beruflichem oder sonstigem Erfolg keine Hinweise.

Ihre Entspannungsfähigkeit außerhalb der Psychose sollten die Untersuchten selbst beurteilen. Der Bezug zur Selbstmordneigung ist in Tab. 34 dargestellt.

Tab. 34: Entspannungsfähigkeit und Suizidalität

Entspannungsfähigkeit		Suizidalität	
ja	58 %	keine	24 %
		Gedanken	66 %
		SMV	10 %
nein	42 %	keine	5 %
		Gedanken	76 %
		SMV	19 %

Die Entspannungsfähigkeit, auch eine wesentliche Eigenschaft der Primärpersönlichkeit, korreliert negativ mit den Suizidhandlungen und positiv mit der Aussage "nicht suizidal" (r = 0,25).

5. Krankheit

Obwohl von manchen Autoren (U. PAULY (26), J. KROME (16)) eine schlechtere Prognose für Zyklothyme mit belasteter Familienanamnese gestellt wurde, ergab sich im Bezug auf die Autoaggressionshandlungen kein Anhalt dafür. Auch die eigenen wesentlichen körperlichen Erkrankungen, eingeteilt wie oben erwähnt, scheinen keinen Einfluß zu haben. Betrachtet man jedoch nur die sehr schweren Krankheiten, an denen aufgrund des jüngeren Alters der Patienten nur 8 % gelitten hatten, ergibt sich ein anderes Bild (Tab. 35). Zu den sehr schweren Erkrankungen zählten jene, die einschneidende Veränderungen der Situation nach sich zogen, wie z. B. Tuberkulose, und lebensbedrohliche Erkrankungen.

Probanden, die zusätzlich zu ihren endogenen Depressionen, oder auch vorher, an sehr schweren körperlichen Erkrankungen litten, waren mehr suizidgefährdet als jene, die diese gesundheitliche Doppelbelastung nicht hatten (P_2 = 18 %).

Tab. 35: Schwere körperliche Erkrankungen und Suizidalität

schwere Krankheiten		Suizidalität	
ja	8 %	keine	-
		Gedanken	50 %
		SMV	50 %
nein	92 %	keine	17 %
		Gedanken	72 %
		SMV	11 %

Im Gegensatz zu diesem Ergebnis steht die Suizidneigung der Patienten, die von psychovegetativen Störungen vor Ausbruch der Psychose berichteten (Tab. 36). Sie waren weniger selbstmordgefährdet als andere, für die die Symptome der Zyklothymie etwas vollkommen Neues darstellten (r = 0,23).

Tab. 36: Psychovegetative Störungen vor Ausbruch der Psychose und Suizidalität

psychovegetative Störungen		Suizidalität	
ja	26 %	keine	31 %
		Gedanken	61 %
		SMV	8 %
nein	74 %	keine	11 %
		Gedanken	73 %
		SMV	16 %

Folgende Variablen hatten dagegen (in Übereinstimmung mit J. GREGER (11)) keinen Einfluß: Alter bei Krankheitsbeginn, Zahl und Art der Phasen, Dauer der Phasen und Intervalle, Tendenz des Verlaufs, Dauer bis zum Beginn und Ort der Behandlung, Therapieerfolg, Art und Anzahl der

subjektiven Beschwerden, Wahnideen, Art und Dauer der Tagesschwankungen. Auch die Einteilung nach den Leitsyndromen der depressiven Elementarsymptomatik und den geistigen Ausgestaltungsformen brachte keinen Zusammenhang mit der Selbstmordtendenz.

Objektiv von einer Auslösung einer oder mehrerer depressiver Phasen sprechen konnte man bei 36 % der untersuchten Kranken. Diese wiesen auch bei der Suizidalität eine besondere Verteilung auf (Tab. 37).

Tab. 37: Auslösung von Phasen und Suizidalität

Phasen ausgelöst		Suizidalität	
ja	36 %	kein SMV	100 %
		SMV	-
nein	64 %	kein SMV	78 %
		SMV	22 %

Patienten, bei denen einzelne Krankheitsabschnitte durch körperlich oder psychisch belastende Faktoren ausgelöst schienen, die also einen Anlaß für die Depression angeben konnten, begingen weniger Suizidhandlungen als solche, deren Psychose nicht äußerlich verursacht wurde (P_2 = 6,74 %). Dieser Trend wird signifikant (P_2 = 1,24 %; r = 0,41), wenn man noch jene Kranken hinzunimmt, bei denen zwar objektiv keine Auslösung der Phasen festgestellt wurde, die aber andere Zusammenhänge finden konnten und somit eine Erklärung für ihre Depression hatten. Die Untersuchten, über die die Melancholie grundlos hereingebrochen war, die sich also der Zyklothymie besonders ausgeliefert fühlten, waren sehr selbstmordgefährdet (Tab. 38).

Tab. 38: Erklärung für die Krankheit und Suizidalität

gefundene Zusammenhänge		Suizidalität	
ja	64 %	keine	22 %
		Gedanken	75 %
		SMV	3 %
nein	36 %	keine	6 %
		Gedanken	61 %
		SMV	33 %

Die Tatsache, daß gerade äußere Umstände für den Lebenswillen der Kranken in der depressiven Phase von Bedeutung sind, wird auch durch das folgende Ergebnis belegt (Tab. 39).

Tab. 39: Reaktion der Umgebung und Suizidalität

Reaktion der Umgebung		Suizidalität	
verständnisvoll	60 %	keine	23 %
		Gedanken	70 %
		SMV	7 %
kein Verständnis	40 %	keine	5 %
		Gedanken	70 %
		SMV	25 %

Probanden, bei denen die nächsten Angehörigen verständnisvoll auf die Krankheit und ihre Symptome reagiert hatten und dem Patienten zu helfen versucht hatten, waren signifikant ($r = 0{,}33$) weniger suizidgefährdet als jene, die in ihrer Umgebung auf Unverständnis gestoßen waren. Die Untersuchten schilderten das sehr eindrucksvoll.

4. Beispiel: G. W., männlich, 29 Jahre, verh., keine Kinder, Beruf: Kaufmännischer Angestellter, 6. depressive Phase

Der Patient berichtet, er habe während seiner Jugend sehr unter dem Tod der Mutter gelitten, da er mit Vater und Schwester nicht ausgekommen sei.
Mit 21 Jahren habe er die erste depressive Phase durchgemacht, die bei seiner Familie auf Unverständnis gestoßen sei. In dieser Zeit habe er mit einem chemischen Lösungsmittel einen Selbstmordversuch unternommen; durch rechtzeitige ärztliche Hilfe sei er gerettet worden.
Während des zweiten depressiven Krankheitsabschnitts habe er seine jetzige Frau schon gekannt, die den Eigenheiten der Psychose viel Verständnis entgegenbringe. Dadurch sei er im letzten Augenblick von einer erneuten Suizidhandlung abgehalten worden.
Nach seiner Verheiratung sei die Selbstmordtendenz zurückgegangen, obwohl sich die Krankheit eher verschlimmert habe. Nur manchmal kämen noch Todeswunschgedanken auf.

5. Beispiel: T. K., weiblich, 47 Jahre, verh., drei Kinder, Hausfrau, depressive Phasen seit 28 Jahren

Die Patientin berichtet, sie habe früher auch während der Krankheit nie an Suizid gedacht. Ihr Mann habe viel Verständnis für sie aufgebracht. Erst während der letzten Phase sei auch er gereizt über ihren Zustand gewesen. Daraufhin hätte sie am liebsten nicht mehr gelebt und habe an Selbstmord gedacht.

Auch E. STENGEL (39) führte in seiner Liste der Kriterien, die auf eine drohende Suizidhandlung hinweisen, fehlendes Mitgefühl der Angehörigen auf.

Nach den bisherigen Ergebnissen hat es den Anschein, daß die Art der Depression, wie sie die Kranken schildern, an Bedeutung für die Suizidalität gegenüber äußeren Faktoren zurücktritt. Um die Richtigkeit dieser Behauptung zu prüfen, wurde der psychische Befund jedes Probanden, vom Untersucher angefertigt, mit der Selbstmordtendenz in Beziehung gesetzt. Dies wurde versucht, obwohl H. H. WIECK (47) von Schwierigkeiten der Quantifizierung spricht und H. C. WEITBRECHT (44) schreibt: "Trotz aller Versuche, aus verschiedenen jeweils dominierenden Syndromen und sonstigen Korrelationen bei endogen Depressiven mit einiger Sicherheit die vorhandene oder fehlende Suizidgefährdung zu folgern, raten wir zu größter Vorsicht". Auch der Arzt, der die Selbstgefährlichkeit des Dyklothymen prüfen soll, muß ja vom klinischen Bild ausgehen, das der Patient bietet.

Die erste Unterscheidung erfolgte nach Art, Schwere und Zeitpunkt des gegenwärtigen Zustandes (Tab. 40).

Tab. 40: Gegenwärtiger Zustand der Patienten

Gegenwärtiger Zustand	Anteil der Patienten
bestehende schwere depressive Phase	54 %
[illegible]	[illegible]
bestehende leichte depressive Phase	4 %
[illegible]	[illegible]
beginnende depressive Phase	2 %
[illegible]	[illegible]
bestehende manische Phase	[illegible] %
Intervall	[illegible] %

Die Schwere der Depression wurde nach folgenden Befunden beurteilt: Mimik, Gestik, Gesamtverhalten, Sprache, affektive Schwingungsfähigkeit, Kontakt, Offenheit, Aufmerk-

samkeit und Gespräch. Diese Punkte einzeln ergaben - mit Ausnahme der Gestik und der Aufmerksamkeit - keinen eindeutigen Bezug zur Suizidtendenz der jetzigen und früheren Phasen. In ihrer Gesamtheit, ausgedrückt in der Schwere der Erkrankung, brachten sie das in Tab. 41 dargestellte Ergebnis.

Tab. 41: Gegenwärtiger Zustand und Suizidalität

gegenwärtiger Zustand		Suizidalität	
schwere Depression	34 %	keine	6 %
		Gedanken	65 %
		SMV	29 %
andere	66 %	keine	21 %
		Gedanken	73 %
		SMV	6 %

Bei Patienten, die zum Zeitpunkt der Exploration an einer sehr schweren Depression litten, war auch die frühere Gefährdung signifikant ($r = 0,33$) größer als bei allen anderen. Die oben erwähnt, konnte nur bei zwei Einzelpunkten ein Zusammenhang mit der Suizidalität festgestellt werden. Etwas mehr gefährdet waren Probanden mit nicht eingeschränkter Gestik ($P_2 = 16,9$ %) und mit verminderter Aufmerksamkeit ($P_2 = 12,9$).

Nach diesen Ergebnis war nun die Ausprägung der Depression von Interesse. Die geläufigsten Eigenschaften während der Phase - depressiv, ängstlich, bedrückt, jammrig, gehemmt, entschlußlos/selbstunsicher, hypochondrisch, agitiert, mürrisch, grüblerisch - wurden in vier Schweregrade eingeteilt. Nach dem Bild, das die Patienten während der Untersuchung boten, wurden sie eingeordnet und ihr Zustand mit dem Grad der Suizidalität im Gesamtverlauf

der Krankheit, also in jetzigen und früheren Phasen, verglichen.

Sehr depressiv (xxx) waren 20 % der Untersuchten, mittelgradig (xx) 36 %, leicht (x) 30 % und nicht depressiv (-) 14 %. Betrachtet man die sehr Depressiven im Vergleich zu allen anderen, so ergibt sich folgende Korrelation mit der Selbstmordtendenz (Tab. 42). Alle Probanden, die nach phänomenologischer Diagnose sehr depressiv waren, hatten signifikant (P_2 = 0,4 %) häufiger Autoaggressionshandlungen durchgeführt als jene, die mittelgradig, leicht oder gar nicht depressiv wirkten. J. GREGER (11) glaubt, daß die Niedergeschlagenheit, die vitale Traurigkeit und Hoffnungslosigkeit, sowie die Verzweiflung den Tod herbeisehnen lassen.

Tab. 42: Schwere der Depressivität und Suizidalität

depressiv		Suizidalität	
xxx	20 %	kein SMV	50 %
		SMV	50 %
Rest	80 %	kein SMV	95 %
		SMV	5 %

Nach E. RINGEL (33), J. GREGER (11) und W. PÜLDINGER (29) besteht zwischen Angst und Suizid ein signifikanter Zusammenhang. E. RINGEL fügt sogar hinzu: "Je mehr Angst, mit desto heftigerer, intensiverer und damit in der Durchführung gefährlicherer Selbstvernichtungstendenz muß gerechnet werden." Sehr wichtig ist es dabei, nicht nur manifeste Ängstlichkeit (wie z. B. bei der agitierten endogenen Depression) zu erfassen, sondern auch Hintergrundangst (wie bei der gehemmten endogenen Depression) nicht zu übersehen. Dieser Zusammenhang wird in der vor-

liegenden Untersuchung bestätigt. Je ängstlicher die Patienten wirkten, desto größer war die Selbstmordgefahr gewesen und umgekehrt (P_1 = 3,84 %) (Tab. 43).

Tab. 43: Ängstlichkeit und Suizidalität

ängstlich		Suizidalität	
xxx	28 %	keine	14 %
		Gedanken	50 %
		SMV	36 %
xx	20 %	keine	10 %
		Gedanken	80 %
		SMV	10 %
x	36 %	keine	17 %
		Gedanken	78 %
		SMV	5 %
-	16 %	keine	25 %
		Gedanken	75 %
		SMV	-

Oft wird gerade die depressive Hemmung als Schutz des Kranken vor sich selbst angesehen (J. GREGER (11), E. BLEULER (3)). In diesem Untersuchungsgut schilderten das ausdrücklich 4 %. Beide Autoren weisen aber auf die große Lebensgefahr hin, wenn diese Hemmung durchbrochen wird, z. B. zu Beginn oder am Ende einer Phase. Das erklärt wohl die Tendenz, die sich bei der Einteilung der Patienten in "sehr stark gehemmt" und "nicht stark oder gar nicht gehemmt" ergab (Tab. 44). Wie auch E. RINGEL (33) beschrieb, hatten Patienten, die bei der Exploration sehr stark gehemmt waren, vorher signifikant (P_2 = 2,74 %) häufiger einen Suizidversuch unternommen als solche, die weniger oder nicht gehemmt wirkten. Dieser Zusammenhang läßt sich

so erklären, daß auch die Hemmung ein Gradmesser für die Schwere der Depression ist.

Tab. 44: Hemmung und Suizidalität

Hemmung		Suizidalität	
sehr stark gehemmt	28 %	keine	7 %
		Gedanken	57 %
		SMV	36 %
Rest	72 %	keine	19 %
		Gedanken	75 %
		SMV	6 %

Das oben Gesagte gilt auch für die Entschlußlosigkeit und Selbstunsicherheit der endogen Depressiven, die aus der Hemmung des Erlebnisablaufes resultieren. Hier erwies es sich als sinnvoll, die Patienten nach dem subjektiven Eindruck nur in die Kategorien "ja" oder "nein" für die Eigenschaft entschlußlos/selbstunsicher einzuteilen (Tab. 45).

Tab. 45: Entschlußlosigkeit und Suizidalität

entschlußlos/selbstunsicher		Suizidalität	
ja	68 %	kein SMV	79 %
		SMV	21 %
nein	32 %	kein SMV	100 %
		SMV	-

Patienten, die sich kaum zu ihren täglichen Verrichtungen entschließen können, sind also sehr wohl in der Lage, einen Selbstmordversuch zu planen und durchzuführen. Deutlich wird das am nächsten Beispiel.

6. Beispiel: M. S.,weiblich, 39 Jahre, verh., zwei Kinder, Hausfrau, 1. depressive Phase

Die Patientin kam nach einer Suizidhandlung während der ersten depressiven Phase zur stationären Aufnahme. Sie beklagte als Symptom der Krankheit vor allem ihre Entschluß- und Energielosigkeit, die auch während der Exploration und beim Ausfüllen der Tests noch deutlich zutage traten. Trotzdem hatte sie versucht, sich mit einem Küchenmesser die Pulsadern aufzuschneiden.

Die Probanden, die nach dem unmittelbaren Eindruck sehr mürrisch waren, die sich auch auf der Station nicht einordnen konnten und zur Exploration nur sehr ungern bereit waren, machten nur 8 % der Untersuchten aus. Auch bei ihnen ergab sich eine vermehrte Selbstmordtendenz (P_2 = 17,8 %) während aller Phasen.

Keinen Zusammenhang mit der Suizidalität ergab die Einteilung der Patienten nach den Eigenschaften "bedrückt, jammrig, hypochondrisch, agitiert und grüblerisch".

Alle Ergebnisse aus dem psychischen Befund und der phänomenologischen Diagnose sind insofern erstaunlich, als nur eine der Kranken unmittelbar nach ihrem Selbstmordversuch exploriert wurde. Bei den anderen lagen Monate und Jahre dazwischen, oft mit krankheitsfreien Intervallen. Trotzdem ergab sich in vielen Punkten ein Zusammenhang zwischen der Ausprägung und Schwere der Psychose zum Untersuchungstermin und der Suizidalität im Gesamtverlauf der Depression, wie sie auch J. GREGER (11), E. STENGEL (39) und H. J. WEITBRECHT (43) erwähnen. Das liegt vielleicht an der Konstanz zyklothymer Phasen (F. BRONISCH, zit. nach P. MATUSSEK (23)), die in einzelnen Fällen bis zur "photographischen Treue" geht (O. H. ARNOLD (1), E. BLEULER (3)). Wenn man also aus dem Zustand des Depressiven

in der gegenwärtigen Phase auf die Selbstmordtendenz in früheren Krankheitsabschnitten schließen kann, gilt das auch für die augenblickliche und spätere Gefährdung. Damit hat der Arzt die Möglichkeit, das Zustandsbild des Patienten als grobes Maß für die Suizidalität zu werten.

6. Tests

Aus der Prüfung des allgemeinen Intelligenzniveaus durch den MWT-B sowie des Gedächtnisses und des Auffassungsvermögens bei der Exploration ergab sich kein Zusammenhang mit der Suizidalität. Dieses Ergebnis steht im Gegensatz zu der Behauptung von E. RINGEL (30), nach der die Selbstmordgefahr umso größer ist, je größer die Kritikfähigkeit des Patienten mit endogener Psychose.

Auch die mit dem v. Zerssen-Fragebogen gemessene Befindlichkeit und damit Schwere der Depression hatte, anders als im psychischen Befund ermittelt, keinen Einfluß. Dieser Test kann also für die Beurteilung der Suizidtendenz ebenfalls nicht eingesetzt werden.

Von den FPI-Skalen waren nur zwei für die Selbstmordgefährdung von Bedeutung: in Übereinstimmung mit der phänomenologischen Diagnose FPI 3 (Depressivität) (Tab. 46) und FPI 8 (Gehemmtheit) (Tab. 47). Die Suizidalität war größer bei Probanden, die im FPI 3 einen höheren Quartilwert erreicht hatten ($r = 0,25$). Entsprechend, diesmal signifikant ($r = 0,34$), war es bei FPI 8.

Wie schon erwähnt, decken sich diese Zusammenhänge mit den Ergebnissen aus dem psychischen Befund. Da sich nichts Neues ergibt, insbesondere auch bei FPI 2 (Aggressivität), erscheint es unnötig, diesen mit großem Zeitaufwand verbunden Test durchzuführen.

Tab. 46: FPI 3 (Depressivität) und Suizidalität

Quartilwert		Suizidalität	
1	20 %	keine	40 %
		Gedanken	50 %
		SMV	10 %
2	10 %	keine	20 %
		Gedanken	60 %
		SMV	20 %
3	26 %	keine	23 %
		Gedanken	54 %
		SMV	23 %
4	44 %	keine	-
		Gedanken	91 %
		SMV	9 %

Tab. 47: FPI 8 (Gehemmtheit) und Suizidalität

Quartilwert		Suizidalität	
1	4 %	keine	50 %
		Gedanken	50 %
		SMV	-
2	24 %	keine	25 %
		Gedanken	58 %
		SMV	17 %
3	36 %	keine	22 %
		Gedanken	78 %
		SMV	-
4	36 %	keine	-
		Gedanken	72 %
		SMV	28 %

7. Suizid

Nachdem in den vorhergehenden Kapiteln alle anderen erfragten Faktoren mit der Selbstmordtendenz in Verbindung gesetzt wurden, sollten noch einige die Suizidalität direkt betreffende Fragen untersucht werden.

Obwohl von J. GREGER (11) eine erhöhte Gefahr durch eine hereditäre Belastung mit Selbstmordhandlungen angenommen wird, konnte in dieser Untersuchung in Übereinstimmung mit G. D'ELIA, C. PERRIS (9), und E. RINGEL (30) kein Zusammenhang festgestellt werden. Das gleiche gilt für Suizide in der Umgebung des Patienten, die manchmal als auslösender Faktor wirken sollen (G. WIENDICK (48)).

Dagegen ist die Art der Verarbeitung der Selbstmordgedanken durch den Betroffenen von Bedeutung (Tab. 48).

Tab. 48: Verarbeitung der Selbstmordgedanken und Suizidalität

Verarbeitung	Suizidalität	
entfällt bei 16 %		
mit jemandem gesprochen 26 %	Gedanken	100 %
	SMV	-
mit niemandem gesprochen 58 %	Gedanken	76 %
	SMV	24 %

Von den Selbstmordgefährdeten, die über ihre Gedanken mit jemandem gesprochen hatten, hatte keiner einen Suizidversuch unternommen. Bei Patienten, die sich allein damit beschäftigt oder sie verdrängt hatten, war die Selbstmordtendenz größer (P_2 = 11,6 %). Das entspricht dem Ergebnis über das Verständnis der Angehörigen für die Krankheit. Es eröffnet auch für den behandelnden Arzt

die Möglichkeit und Verpflichtung, mit seinen depressiven Patienten über die Suizidalität zu sprechen und die Familie darüber aufzuklären.

Die Rolle der Psychose für den Lebensüberdruß und die Hinderungsgründe hatten keinen Einfluß - mit einer Ausnahme. Die meisten Patienten gaben Motive an, die sie von einer Selbstmordhandlung abhalten könnten. Nur zwei antworteten lediglich: "Das darf man nicht tun". Beide hatten bereits einen Suizidversuch durchgeführt, waren also sehr gefährdet (P_2 = 3,42 %). Wenn auch die Art der Hinderungsgründe keine Rolle spielt, ihr Vorhandensein kann viele endogen depressive Kranke vor einer Kurzschlußhandlung schützen.

Daneben sollten noch einige allgemeine Fragen über Selbstmord und Tod Hinweise auf die Gefährdung der Zyklothymen bringen. Während die Frage nach dem Verständnis für Lebensmüde, dem Abhalten von Gefährdeten, dem Glauben an ein Weiterleben nach dem Tode und nach Selbstvernichtungsträumen keinen Anhalt ergab, stellte sich bei der Kategorie "Angst vor dem Sterben" folgendes heraus (Tab. 49): wie schon von 14 % der Patienten als Hinderungsgrund angegeben, stellt die Angst vor dem Tod einen gewissen Schutz gegenüber der Suizidalität dar (P_2 = 7,5 %). Mit dieser Frage kann man zumindest Hinweise für die Selbstmordtendenz bei dissimulierenden Kranken erhalten.

Tab. 49: Angst vor dem Sterben und Suizidalität

Angst vor dem Sterben		Suizidalität	
ja	50 %	kein SMV	96 %
		SMV	4 %
nein	50 %	kein SMV	74 %
		SMV	26 %

IV. DISKUSSION

Aufgrund der geringen Anzahl der Patienten war es oft nicht möglich, statistisch verläßliche Aussagen zu formulieren. Die ermittelten Ergebnisse würden es aber rechtfertigen, diese Untersuchung an einem größeren Krankengut durchzuführen. Damit würden u. U. weitere Einflußmöglichkeiten auf die Suizidalität erkannt werden, die hier wegen der geringen Anzahl der Probanden nicht zum Tragen kamen.

Auch aus dieser Arbeit geht hervor, daß die zyklothyme Depression die Grundlage für die Suizidalität der Patienten mit Ersterkrankungsalter bis zu 40 Jahren bildet. Eine entsprechende Untersuchung für Patienten mit Erstmanifestation der Psychose nach dem 40. Lebensjahr wurde von W. WEIG (42) durchgeführt. In unserem Fall lieferten meist die Symptome, nicht die Inhalte der Psychose das Motiv. Bei den Übrigen war es die sekundäre Verzweiflung, an dieser Krankheit zu leiden, die "Depression über die Depression".

Die Zyklothymen waren ihren Selbstmordgedanken jedoch nicht willenlos ausgeliefert, sondern konnten durch Hinderungsgründe, die allerdings stichhaltig sein mußten, von der Ausführung abgehalten werden. Trotzdem war die Psychose nicht das allein bestimmende Kriterium, da längst nicht alle Kranken eine Suizidhandlung durchführten. Auch die angegebenen Hinderungsgründe erklären das nicht. Folgende Faktoren förderten oder milderten die Selbstmordtendenz:

Die schwere Depression verstärkte die Suizidalität. Vor allem gefährdet waren Patienten mit den Eigenschaften: sehr depressiv, sehr ängstlich, sehr gehemmt, sehr entschlußlos, sehr mürrisch, unaufmerksam - eingeordnet aufgrund des klinischen Bildes. Das gleiche Ergebnis brachten

die Skalen für Depressivität und Gehemmtheit nach dem FPI. Ähnliche Tendenzen postulierten J. GREGER (11) und H. J. JEITBRECHT (43), der vom Grad der Traurigkeit sprach, die bis zum Selbstmord führen könnte. E. RINGEL (30) wies auf die Häufung der Autoaggressionshandlungen in den Nacht- und Morgenstunden hin, welche durch die Tagesschwankungen (Morgentief) meist besonders schlimme Stunden für die Patienten darstellen. Außerdem betonte er, daß auch Kranke mit ausgeprägter Hemmung gefährdet sind.

Im Gegensatz zu den obigen Ergebnissen steht die Untersuchung an älteren zyklothymen Patienten von W. WEIG, bei denen die Ausgestaltung der Krankheit für das Ausmaß der Suizidtendenzen nicht entscheidend war. Es ist anzunehmen, daß die Depression umso mehr für den Menschen an Bedeutung gewinnt, je früher er davon befallen wird. Die Auffassung, daß agitierte Depressive die größte Suizidalität aufweisen, kann aus dieser Untersuchung nicht geteilt werden (P. BERNER/G. SONNECK (2)). Den einzigen Hinweis in dieser Richtung ergab die Tatsache, daß Kranke mit nicht eingeschränkter Gestik mehr zum Selbstmord tendieren.

Neben der Schwere und der Ausprägung der Depression ist das "Ausgeliefertsein" an die Krankheit von Bedeutung. Stärker gefährdet waren die Patienten, die für ihre gedrückte Stimmung keine Auslösung oder Erklärung angeben konnten und die psychovegetative Störungen vorher nicht kannten. Für beide Gruppen waren die Symptome der Zyklothymie vollkommen neu und unverständlich. Auch G. D'ELIA und C. PERRIS (9) sprechen von dieser ausgeprägten Vulnerabilität derer, welche die Psychose unvorbereitet trifft. Als Beispiel führen sie die häufigen Suizidhandlungen während der ersten depressiven Phase an. Mehr von der Psychose besessen, d. h. mehr suizidal waren auch Patienten,

deren Familie kein Verständnis für die Symptome der Krankheit aufbrachte, und die nicht über ihre Suizidideen sprechen konnten. Auch E. RINGEL (31) hält die Sorge der Gemeinschaft für wichtig für den Lebenswillen der Depressiven. Wie gefährlich das Unverständnis des Arztes ist, der den Patienten auffordert, sich zusammenzureißen, erörtert H. J. WEITBRECHT (43).

Die Zyklothymie stellt zweifellos eine große Belastung für die daran Erkrankten dar. Mußten unsere Patienten noch mit zusätzlichen Schwierigkeiten außerhalb der Psychose fertigwerden, war ihre Suizidalität erhöht. An diesen vermehrten Belastungen kamen hier zum Tragen: schlechtes Verhältnis der Eltern untereinander, als Familienstand verwitwet oder geschieden, unfreiwillige Berufswahl und Probleme im Beruf, finanzielle Schwierigkeiten (dies im Gegensatz zu W. WEIG (42)) und sehr schwere körperliche Erkrankungen. Andererseits hatten alle nicht Suizidalen keine Probleme in der Ehe. Diese Patienten fanden deshalb auch Verständnis für ihre Krankheit, was die Verbindung zum vorhergehenden Punkt herstellt. Auch F. BÖCKER (5) und E. RINGEL (30) sind der Meinung, daß äußere "traumatische Ereignisse" die Selbstmordtendenz verstärken können. P. BERNER und G. SONNECK (2) glauben aber, daß "konkrete Störereignisse" nur bei leichten Depressionen Einfluß haben. Das steht jedoch im Gegensatz zu dieser Untersuchung. Der Zusammenhang der Kindheit und des Elternhauses auf die Suizidalität ist bei jüngeren Patienten kaum wichtig, während er später von zentraler Bedeutung ist (W. WEIG (42)). Eine Erklärung hierfür bietet die Annahme, daß bei älteren Menschen frühe Erlebnisse wieder an Relevanz gewinnen, während sie im mittleren Lebensalter hinter aktuellen Problemen zurücktreten.

Wie beim nichtpsychotischen Suizid übt die primäre Persönlichkeitsstruktur auch beim depressiven großen Einfluß aus. Gefährdet waren die ängstlichen, zurückgezogenen und nicht entspannungsfähigen Patienten. Dies wurde ermittelt aus den Faktoren: Prüfungsangst (Angst); ungesellig, wenig Freunde in der Jugendzeit, wenig stärkere Bindungen vor der Ehe, keine politischen Interessen (Zurückgezogenheit); nicht entspannungsfähig. Wenn diesen Personen noch die Angst vor dem Tod fehlt, haben sie eine große Selbstmordtendenz. Dieses Ergebnis steht in Übereinstimmung mit E. STENGEL (39), der pauschal eine individuelle Suizidbereitschaft auch in der Psychose annimmt.

Die Selbstmordhandlungen betrachtet man beim nichtpsychotischen Suizid u. a. als Folge der sozialen Isolierung und abhängig von der Bevölkerungsstruktur (45). Ähnliche Einflüsse wurden auch hier beim psychotischen Selbstmord gefunden. Wer z. B. aus der soziologischen Mittelschicht stammte, verwitwet oder geschieden war, die Konfession evangelisch hatte, aus einem dichtbesiedelten Wohnort kam, hatte eine größere Suizidtendenz als andere. Diese Werte waren zwar für nichtdepressive Selbstmörder bekannt, wurden aber für Zyklothyme bisher nicht untersucht (5). Sie stimmen aber mit den Ergebnissen von P. NISKANEN und F. RATH (24) überein, bei denen die Suizidalität der Zyklothymen, der allgemeinen Tendenz folgend, in 90 Jahren erheblich zugenommen hat.

Alle diese Einflußmöglichkeiten - Schwere und Ausprägung der Depression, Ausgeliefertsein an die Krankheit, zusätzliche Belastungen, primäre Persönlichkeitsstruktur, Zugehörigkeit zu bestimmten Bevölkerungsgruppen - dürfen nicht absolut und nicht für sich betrachtet werden, da bei jedem Punkt Gegenbeispiele angegeben werden können.

Ausschlaggebend ist vielmehr die Kombination oder Häufung der einzelnen Kriterien. Als Beispiel der oben angegebenen Fakten soll hier eine Falldarstellung dienen.

7. Beispiel: K. E., weiblich, 47 Jahre, geschieden, vier Kinder, Hausfrau, 7. depressive Phase

Die Patientin berichtet, ihre Kindheit sei recht schön gewesen, in der Familie habe es keine größeren Probleme gegeben. Schwierigkeiten in der Schule habe sie keine gehabt, nur übertriebene Prüfungsangst. Eine Schulfreundin habe sie nicht besessen.

Durch die Umstände in der Kriegs- und Nachkriegszeit sei sie zu ihrem Beruf gekommen. Sie habe an verschiedenen Stellen zuerst als Verkäuferin, später als Hausgehilfin gearbeitet.

Mit 21 Jahren habe sie einen um sieben Jahre älteren Mann geheiratet und vier Kinder mit ihm gehabt. Wegen der Untreue des Partners sei sie nach elf Ehejahren von ihm geschieden worden. Aufgrund der daraufhin auftretenden finanziellen Schwierigkeiten sei sie längere Zeit unter großer Belastung gestanden: tagsüber habe sie die Kinder betreut und in den Abendstunden durch Putzen Geld verdient. Erst in den letzten Jahren gehe es ihr etwas besser, da die Kinder nun für sich selbst sorgen könnten.

Sie habe wenig Kontakt zu ihren Mitmenschen, komme nur gelegentlich mit zwei älteren Damen zusammen. Sie sei zwar evangelisch, aber ihr Glaubensleben sei nicht besonders ausgeprägt. Sonstige Interessen habe sie auch nicht. Auf die Frage, was im Leben wichtig sei, antwortet Frau K.: "Ich glaube, es gibt gar nichts,...höchstens die Kinder".

Krankheit: Die Familienanamnese ist unauffällig. Die Patientin berichtet, nach Beginn der Krankheit im 40. Lebensjahr habe sich diese alljährlich zwischen September

und März wiederholt. Die dazwischenliegenden Perioden seien beschwerdefrei gewesen. Die Schilderung der Patientin enthält nahezu alle klassischen Symptome der zyklothymen Depression: Beginn mit Schlaf-, Energie-, Interesselosigkeit und Denkstörungen, später traurige, niedergedrückte Stimmung und Weinen. Sie habe eine unbestimmte Angst und innere Unruhe gehabt, sei aufgeregt gewesen und habe gezittert. An körperlichen Beschwerden hätten sich Kopfdruck, Halsschmerzen und Magenbeschwerden, schlechter Appetit und Stuhlgang eingestellt. Nur gegen Abend sei es ihr etwas besser gegangen. Sie sei bei einigen Nervenärzten gewesen, die ihr aber nicht hätten helfen können.

Bei der Untersuchung fallen die gebundene Haltung und die bewegungsarme Mimik mit hoffnungslosem Gesichtsausdruck auf. Denkstörungen zeigen sich keine, auch das Gedächtnis ist gut. Die Patientin wirkt sehr verstimmt, bedrückt und verzweifelt. Manchmal kämpft sie mit den Tränen, seufzt tief und weint. Die affektive Schwingungsfähigkeit ist eingeschränkt. Frau K. spricht mit leiser, tonloser Stimme, spontan erzählt sie fast nichts.

Tests: Von den Testergebnissen sind im FPI die hohen Quartilwerte für Depressivität und Gehemmtheit bemerkenswert. Die Punktzahl im Befindlichkeitstest liegt über dem Mittelwert für Depressive.

Angaben zur Suizidalität: Vor der Krankheit habe sie nie ans Sterben gedacht. Zu Beginn der Depression hätten sich nur Todeswunschgedanken, später auch Selbstmordgedanken eingestellt, und zwar immer dann, wenn es ihr besonders schlecht gegangen sei. Vor drei Jahren habe sie während derselben Phase zwei Suizidversuche unternommen. Sie habe in diesen Momenten an gar nichts gedacht, sei wegen der Schlaflosigkeit kein Mensch mehr gewesen und habe deshalb den Gashahn aufgedreht. Ihr Todeswunsch sei ernst

gewesen. Sie habe geglaubt, sie sterbe schneller, sei aber jedesmal von einem Sohn gefunden und ins Krankenhaus gebracht worden. Der älteste habe ihr Vorwürfe wegen des Selbstmordversuchs gemacht. Sie sei jetzt über die Rettung froh, fühle sich aber vor einer erneuten Kurzschlußhandlung nicht sicher. Sie würde nicht versuchen, einen anderen Gefährdeten von seinem Tun abzuhalten, da jeder Mensch das Recht habe, über sein Leben selbst zu entscheiden. Sie selbst habe keine Angst vor dem Sterben, glaube an ein Leben nach dem Tod. Selbstvernichtungsträume habe sie keine.

Nach Kenntnis der Vielzahl von Daten über zyklothym Depressive stellt sich die Frage, welche Folgerungen aus den gefundenen Zusammenhängen gezogen werden können. Die Auswirkung unserer Ergebnisse auf die Suizidprophylaxe kann nicht eine eindeutige Unterteilung der Zyklothymen in "gefährdet" und "nicht gefährdet" sein. Andererseits bringt aber diese Arbeit die Bedeutung des Arztes zum Ausdruck. Er muß bei der Diagnose "Zyklothyme Depression" immer mit einer Selbstmordgefährdung des Patienten rechnen. Deshalb ist es wichtig, diese Krankheit schnell zu diagnostizieren und zu behandeln. Ob die Suizidideen verwirklicht werden, hängt von einer Reihe von Faktoren ab, die der behandelnde Arzt kennen muß. Einige davon kann er beeinflussen, indem er mit Patienten und Angehörigen über die Symptome der Zyklothymie und die Suizidalität spricht. Aus Art und Schwere der Krankheit, der Suizidalität in früheren Phasen, der Persönlichkeitsstruktur des Patienten und den zusätzlichen Belastungen kann er sich in etwa ein Bild über das Maß der Selbstmordgefährdung machen. Wenn dieses nach obigen Kriterien als hoch einzustufen ist, darf er nicht zögern, eine stationäre Behandlung zu veranlassen.

V. ZUSAMMENFASSUNG

Bei Untersuchungen an 50 Patienten mit Zyklothymie (Erkrankungsbeginn unter 40 Jahren) wurden für die Suizidalität folgende Ergebnisse ermittelt:

Ein Großteil der Patienten war suizidal: 84 % berichteten von Suizidgedanken, davon unternahmen 14 % einen Selbstmordversuch. Nur 16 % der Probanden gaben an, nie an Selbstvernichtung gedacht zu haben.

Die Depression bildet die Grundlage für die Selbstmordideen. Bei keinem der Probanden traten diese während des Intervalls auf, sondern meist dann, wenn es ihnen besonders schlecht ging. Motive waren die Symptome der Krankheit oder die "Depression über die Depression".

Die Patienten sind den Selbstmordgedanken nicht willenlos ausgeliefert, sondern werden von Suizidhandlungen durch bestimmte Hinderungsgründe abgehalten. Sind diese wenig stichhaltig (z. B. "Das darf man nicht"), haben sie keinen Einfluß.

Entscheidend für größere Selbstmordgefährdung sind:

1. Ausprägung und Schwere der Krankheit
   Sehr depressive, ängstliche, gehemmte, selbstunsichere und mürrische Patienten waren mehr suizidal.
2. Ausgeliefertsein an die Krankheit
   Wenn keine Gründe für die Depression gefunden wurden, wenn die Umgebung kein Verständnis hatte, wenn niemand von den Selbstmordgedanken erfuhr, war die Suizidtendenz größer.
3. Zusätzliche Belastungen
   z. B. schlechtes Verhältnis der Eltern, Familienstand verwitwet oder geschieden, Probleme im Beruf, finanzielle Schwierigkeiten, Probleme in der Ehe;

4. Ängstliche und zurückgezogene Persönlichkeitsstruktur ausgedrückt durch: wenig Freunde in der Jugend, wenig stärkere Bindungen vor der Ehe, Prüfungsangst, Zurückgezogenheit, kein Interesse an Politik, keine Entspannungsfähigkeit;
5. Zugehörigkeit zu bestimmten Bevölkerungsgruppen z. B. verwitwet/geschieden, evangelisch, größerer Wohnort;

Nur eine Patientin wurde kurze Zeit nach ihrem Suizidversuch exploriert. Bei allen anderen lagen oft Jahre dazwischen. Trotzdem korreliert die Häufigkeit der Selbstmordversuche in einigen Punkten mit dem Bild in der gegenwärtigen Phase, kann also auch auf die Zukunft übertragen werden.

In Bezug auf die Suizidprophylaxe ergeben sich für den Arzt folgende Aufgaben:
1. Schnelle Erkennung und Therapie der Zyklothymie
2. Beachtung der potentiellen Selbstmordgefährdung
3. Gespräch mit dem Patienten über die Suizidideen
4. Aufklärung der Angehörigen über die Symptome der Krankheit und die Suizidalität
5. Abwägen der Selbstmordneigung nach obigen Kriterien
6. Stationäre Einweisung von besonders Gefährdeten.

VI. LITERATURVERZEICHNIS

1. ARNOLD, O. H. — Untersuchung über das manisch-depressive Krankheitsgeschehen
Wien. Zschr. Nervenhk. 11 (1955) 117

2. BERNER, P./GOMMECK, G. — Psychotische Suizidhandlungen
Münch. med. Wschr. 117 (1975) 193 - 196

3. BLEULER, E. — Lehrbuch der Psychiatrie
4. Aufl., Springer, Berlin (1923)

4. BÖCKER, F. — Über den Einfluß der Religionszugehörigkeit auf Suizid und Suizidversuch
Med. Welt 22 (1971) 566 - 571

5. [illegible], F. — Suizide und Suizidversuche
Thieme, Stuttgart (1973)

6. DE BOOR, W. — Neuere Arbeiten über Psychologie und Psychopathologie des Selbstmordes und der Selbstbeschädigungen
Fschr. Neur. Psychiat. 17 (1949) 483 - 503

7. BUMKE, O. — Lehrbuch der Geisteskrankheiten
2. Aufl., Bergmann, München (1924)

8. BÜRGER-PRINZ, H. — Der Beginn der Erbpsychosen
Nervenarzt 8 (1935) 617 - 624

9. D'ELIA, G./PERRIS, C. — Selbstmordversuche im Laufe unipolarer und bipolarer Depressionen
Arch. Psychiat. Nervenkr. 212 (1969) 339 - 356

10. FAHRENBERG, J./SELG, H./HAMPEL, R. — Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI
2. Aufl., Hogrefe, Göttingen (1973)

11. GREGER, J. Zur Suizidgefährdung Endogen-Depressiver
Psychiat. Neurol. Basel 145 (1963) 279 - 292

12. GRUHLE, H. W. Selbstmord
Thieme, Leipzig (1940)

13. KIELHOLZ, P. Diagnose und Therapie der Depressionen für den Praktiker
2. Aufl., Lehmann, München (1967)

14. KINKELIN, M. Verlauf und Prognose des Manisch-depressiven Irreseins
Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 73 (1954) 100 - 146

15. KRAEPELIN, E. Psychiatrie
9. Aufl., Barth, Leipzig (1927)

16. KROME, J. Klinik, Verlauf und Prognose der Zyklothymie mit der ersten Phase zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr
Diss. Köln (1972)

17. LANGE, J. Die endogenen und reaktiven Gemütskrankheiten und die manisch-depressive Konstitution
in: Bumke: Handbuch der Geisteskrankheiten Bd. 4 (1928)

18. LENZ, H. Wandelbares und Bleibendes der Depression
Wr. Zschr. f. Nerv.Hkd. 18 (1961) 4, 321 - 356

19. LINDNER, M. Organsymptome in der Psychiatrie: Die verkannte Depression (13)
Hippokrates 37, 21 (1966) 860 - 863

20. LUNGERSHAUSEN, E. Selbstmorde und Selbstmordversuche von Studenten
Hüthig, Heidelberg (1968)

21. LUNGERSHAUSEN, E. Zum Problem des Suizids bei endogenen Psychosen
in: Huber: Schizophrenie und Zyklothymie
Thieme, Stuttgart (1969)

22. MERZ, J./LEHRL, S./GALSTER, V./ERZIGKEIT, H. MWT-B - ein Intelligenzkurztest
Psychiat. Neurol. med. Psychol. Leipzig 27 (1975) 423 - 428

23. MATUSSEK, P./ALBACH, A./TROEGER, U. Endogene Depression
Urban & Schwarzenberg
München-Berlin (1965)

24. NISKANEN, P./RATH, F. Wandlungen in der Thematik depressiver Psychosen
Psychiat. Neurol. med. Psychol. Leipzig 26 (1974) 332 - 343

25. V. ORELLI, A. Der Wandel des Inhalts der depressiven Ideen bei der reinen Melancholie
Schweiz. Arch. Neurol. Psych. 73 (1954) 217 - 287

26. PAULY, U. Klinik, Verlauf und Prognose der Zyklothymie bei Jugendlichen
Diss. Köln (1972)

27. PADRUTT, H. Die Abschätzung der Suizidalität - Überprüfung der praktischen Brauchbarkeit einer Risikoliste (W. Pöldinger) zur Abschätzung der Suizidalität
Schweiz. Rundschau f. Medizin 59 (1970) 403 - 414

28. PÖLDINGER, W. Die Abschätzung der Suizidalität
Huber, Bern-Stuttgart (1968)

29. PÖLDINGER, W./ BLASER, P./GEHRING, A./ SUTTER, W. Angst und Suizidalität bei depressiven Verstimmungen
Moser, Graz (1971)

30. RINGEL, E. Der Selbstmord
Maudrich Wien-Düsseldorf (1953)

31. RINGEL, E. Neue Untersuchungen zum Selbstmordproblem
Mollinek, Wien (1961)

32. RINGEL, E. Selbstmordverhütung
Huber, Bern-Stuttgart-Wien (1969)

33. RINGEL, E. Angst und Suizid
Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 110 (1972) 143 - 150

34. RÜDIN, E. Über Vererbung geistiger Störungen
Z. ges. Neurol. Psychiat. 81 (1923) 459 - 496

35. SACHS, L. Statistische Auswertungsmethoden
2. Aufl., Springer, Berlin-Heidelberg-New York (1969)

36. SCHMITT, W./VOGT, K. Endogene Psychosen vom manischen und depressiven Typ
in: Schulte/Mende: Melancholie
Thieme, Stuttgart (1969)

37. SCHNEIDER, K. Klinische Psychopathologie
7. Aufl., Thieme, Stuttgart (1966)

38. SCHULTE, W. Das Glaubensleben in der melancholischen Phase
Nervenarzt 25 (1954) 10

39. STENGEL, E. Selbstmord und Selbstmordversuch
Fischer, Stuttgart (1969)

40. THOMAS, K. Arbeitsbericht: Zehn Jahre ärztliche Lebensmüdenbetreuung
Das ärztliche Gespräch 7 (1967) 12

41. WALTON, H. Suicidal Behaviour in Depressive Illness
J. ment. Science 104 (1958) 884

42. WEIG, W. Zyklothyme Depression und Suicidalität - Untersuchungen an Patienten mit Erkrankungsbeginn nach dem 40. Lebensjahr
Diss. Erlangen (1976)

43. WEITBRECHT, H. J. Psychiatrie im Grundriß
Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg (1963)

44. WEITBRECHT, H. J. Selbstmordprophylaxe bei Jugendlichen
Z. Präv.-Med. 10 (1965) 458

45. WELLHÖFER, P. R. Suizid und Suizidversuch: Theorien, Ergebnisse und Möglichkeiten der Prophylaxe
Psychol. Rundschau 25 (1974) 205 - 221

46. WERNER, U. Selbstmord(versuch) und Psychose
Dtsch. med. Wschr. 99 (1974) 583 - 584

47. WIECK, H. H. Lehrbuch der Psychiatrie
Schattauer, Stuttgart (1967)

48. WIENDICK, G. Zur appellativen Funktion des Suizidversuchs
Diss. Köln (1972)

49. v. ZER[illegible], D./KOELLER, D. M./REY, E. R. Die Befindlichkeitsskala (B-S) - ein einfaches Instrument zur Objektivierung von Befindlichkeitsstörungen, insbesondere im Rahmen von Längsschnittuntersuchungen Arzneimittelforschung 20 (1970) 915 - 918

50. ZIESE, P. Broken home, Suicid, erweiterter Suicid bei endogener Depression Social Psychiatry 3 (1968) 70 - 75

LEBENSLAUF

Name:	Straßer, Gabriele
Geburtsdatum, -ort:	23.4.1951 in Sinzing bei Regensburg
Eltern:	Forstbeamter Anton Straßer und Ehefrau Gertrud, geb. Friedel
Schule:	1957 - 1961 Volksschule in Cham 1961 - 1970 Fraunhofer-Gymnasium in Cham 20.6.1970 Abitur
Studium:	WS 1970 Beginn des Studiums der Zahnmedizin an der medizinischen Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg SS 1971 Beginn des Studiums der Medizin in Erlangen Juli 1971 Vorphysikum für Zahnmedizin, Februar 1972 Vorphysikum für Medizin März 1973 Physikum für Medizin Juli 1976 medizinisches Staatsexamen

Erlangen, im Juli 1976

Gabriele Rosa Maria Straßer

Copy-Center 2000
852 ERLANGEN · Obere Karlstr. 30
Tel. 09131-26197